



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Saúde Mental e Psiquiatria

Intervenção de Enfermagem no Sofrimento Espiritual da Pessoa com Doença Oncológica em Fim de Vida

Tânia Moreira Gonçalves

2015

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Saúde Mental e Psiquiatria

Intervenção de Enfermagem no Sofrimento Espiritual da Pessoa com Doença Oncológica em Fim de Vida

Tânia Moreira Gonçalves

Orientada pelo Professor Carlos David

2015

AGRADECIMENTOS

Ao Senhor Professor Carlos David, pela disponibilidade demonstrada e pela sua douda orientação.

Aos Orientadores Clínicos, pelo seu contínuo encorajamento, pelos ensinamentos que me proporcionaram e acima de tudo, pelo profissionalismo exemplar com que conduziram todo este processo.

Aos clientes e seus familiares a quem tive o privilégio de prestar cuidados e que me proporcionaram, através das vivências partilhadas, um crescimento pessoal e profissional incomensurável.

Aos meus colegas e amigos que sempre me dispensaram palavras de incentivo e encorajamento, tendo-me acompanhado ao longo de toda esta jornada.

E finalmente, um agradecimento muito especial à minha família, por todo o carinho e apoio que me proporcionaram, particularmente, quando as circunstâncias menos positivas teimavam em se fazer notar.

LISTA DE ABREVIATURAS E/OU SIGLAS

CP – Cuidados Paliativos

DGS – Direção Geral de Saúde

ESMP – Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

EEESM – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental

IESSD – Inventário de Experiências Subjetivas de Sofrimento na Doença

NANDA – North American Nursing Diagnosis Association

NOC – Nursing Outcomes Classification

OE – Ordem dos Enfermeiros

RCEEEESM – Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro
Especialista em Enfermagem de Saúde Mental

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

UMP – Unidade de Medicina Paliativa

RESUMO

Na fase final de vida, o Sofrimento Espiritual é uma constante, muitas vezes olvidada pelos profissionais de saúde. O Enfermeiro pelo tempo que passa junto do cliente é o profissional que mais de perto lida com o sofrimento, assumindo o compromisso ético e moral de intervir neste domínio. No entanto, a literatura não propicia uma clara evidência sobre a eficácia das intervenções empreendidas pelos enfermeiros no alívio ao Sofrimento da pessoa com doença terminal. Os achados científicos comprovam que as questões relacionadas com a falta de sentido e Propósito de vida e a desesperança estão presentes nestes clientes e têm um forte impacto no bem-estar dos mesmos. Assim sendo, desenvolvi uma intervenção no sentido de ajudar o cliente na busca da Plenitude Existencial, pela aceitação da vida vivida, das realizações pessoais, da relação com o próprio e com os outros. Esta Intervenção junto da pessoa com doença oncológica terminal, em sofrimento espiritual, assentou no Modelo Trinitário de Wright (2005), mais particularmente, nas práticas do domínio da Espiritualidade propostas pela autora.

Será de salientar a dificuldade em fazer um acompanhamento sistemático destes clientes, particularmente em ambulatório, dada a sua debilidade física, que os impossibilita muitas vezes de se deslocarem ao hospital. A referenciação tardia destes clientes às Unidades especializadas é, apontada na investigação, como um dos principais fatores de constrangimento ao desenvolvimento de intervenções no alívio do sofrimento Espiritual junto desta população.

Foi possível constatar, após a realização deste trabalho, que apesar da doença terminal acarretar muitas experiências negativas de sofrimento, este poderá, se devidamente acompanhado, constituir-se, como um vetor de crescimento e transformação. Este trabalho veio afirmar a importância e a imperatividade da atuação do EEESM nos CP, pela própria filosofia que os define.

Palavras-chave: Sofrimento Espiritual, doente oncológico, Fim de vida, Intervenção de Enfermagem

ABSTRACT

In the final stage of life, spiritual suffering is a constant, many times neglected by health care professionals. By taking to account the time spent with the patient, the Nurse is the one that deals closest with the suffering, assuming a moral and ethic commitment to act in this domain. However existing literature doesn't provide a clear evidence regarding the effectiveness of the interventions undertaken by nurses in relieving the suffering of person with a terminal illness. Scientific findings show that questions related to the lack of meaning and purpose in life and hopelessness, are present in these patients and have strong impact on their well being. Thus, I have developed an intervention towards helping the patient in their search for existential fullness, acceptance of life, personal achievements, and the relationship with self and others. This intervention close to the person with cancer terminal illness, in spiritual suffering was based on the "Trinity model of Wright" (2005) more specifically in the spirituality domain purposed by this author.

It is important to underline the difficulty in making a systematic follow up of these patients, particularly in outgoing patients given their physical weakness, which often prevents them from going to the hospital. A late referral of the patients to the specialized unit is addressed in this study as one of the main conditional factor to the development of pain relieving interventions.

It was possible to establish, upon making this study, that despite the many negative experiences surrounding terminal illness, it can be considered a vector of growth and transformation if clinically accompanied. This study reinforces the importance of the mental health nursing in palliative care.

Keywords: spiritual suffering, cancer patient, end of life, nursing intervention

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUÇÃO	10
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	12
1.1. Doença oncológica	12
1.2. Cuidados em Fim de Vida	14
1.3. Sofrimento na pessoa com Doença Oncológica em Fim de Vida	14
1.3.1. Sofrimento Espiritual	16
1.4. Enfermagem e a Espiritualidade	19
1.4.1. A Espiritualidade na Teoria do Cuidar transpessoal de Jean Watson	20
1.4.2. Modelo Trinitário de Wright	22
1.5. Intervenção de Enfermagem no Sofrimento Espiritual da pessoa em Fim de Vida	24
2. IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO	28
2.1. Pertinência do tema	28
2.2. Identificação do Problema	29
2.3. Objetivos	30
2.4. Implementação de Estratégias e apresentação de resultados	31
2.4.1. Estágio – Serviço de Internamento de Psiquiatria	31
2.4.2. Estágio – Unidade de Medicina Paliativa	37
CONCLUSÃO	57

APÊNDICES

Apêndice 1. Estudo de Caso 1

Apêndice 2. Intervenção com a Sr.^a R. (Estudo de Caso 1)

Apêndice 3. Estudo de Caso 2

Apêndice 4. Programa de Intervenção com técnica de Relaxamento de Jacobson

Apêndice 5. Consentimento Informado

Apêndice 6. Entrevista Semi-Estruturada “Reconciliação Existencial”

Apêndice 7. Entrevista Semi-Estruturada “Sentido e Propósito de Vida”

Apêndice 8. Entrevista Semi-Estruturada “Esperança”

Apêndice 9. Entrevista Semi-Estruturada “Legado”

Apêndice 10. Entrevista Semi-Estruturada “Plenitude Existencial”

Apêndice 11. Planeamento das Sessões de Intervenção em CP

Apêndice 12. Entrevista Semi-Estruturada “Vivências da doença”

Apêndice 13. Avaliação inicial em CP

ANEXOS

Anexo 1. Autorização da Direção de Enfermagem

Anexo 2. Autorização para a utilização das Escalas

ÍNDICE DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1. Modelo Trinitário de Wright	23

ÍNDICE DE QUADROS

	Pág.
Quadro 1. Práticas do domínio da Espiritualidade que promovem a diminuição do sofrimento	25
Quadro 2. Intervenções diferenciadas no domínio da Espiritualidade	26
Quadro 3. Atividades Ocupacionais/terapêuticas no Internamento de Psiquiatria	35
Quadro 4. Planificação da Intervenção no Sofrimento Espiritual em CP	40

INTRODUÇÃO

A experiência de doença está geralmente impregnada de sofrimento. Quando a doença é grave pondo em risco a vida da pessoa, quando traz incapacidade ou limitações, alterando o seu *modus vivendi*, o sofrimento assume-se como algo incomensurável e insuportável (Wright, 2005).

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2010, p.1) “As pessoas que se encontram a viver processos de sofrimento, alteração ou perturbação mental têm ganhos em saúde quando cuidados por enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Mental”. Assim sendo, assume-se, categoricamente, a necessidade premente de todos os serviços terem enfermeiros especialistas nesta área, para que se possa efetivar o conceito de cuidado integral. Dada a urgência que senti e que se impõe, em assistir a pessoa no seu todo, escolhi esta especialidade para fazer face aos meus défices no que concerne à avaliação das necessidades em saúde mental, na prevenção da perturbação mental e na intervenção no alívio do sofrimento. A formação académica proporcionada pelas várias unidades curriculares que decorreram neste Mestrado, bem como, a revisão de literatura efetuada, forneceram a componente teórica necessária na prestação de cuidados de saúde especializados. Porém, esta componente, por si só, não permite o desenvolvimento pleno das competências necessárias nesta área. Conforme referido por Benner (2001, p.43) “(...) competências e práticas competentes, referem-se aos cuidados de Enfermagem desenvolvidos em situações reais”. O desenvolvimento de um projeto na área de saúde mental, aplicado concretamente à pessoa em sofrimento espiritual, que se desenrolou num contexto de prática clínica, permitiu-me progredir para o nível de perita/especialista. Litchfield & Jónsdóttir (2008) consideram que o caminho para reconciliar o conhecimento teórico e as atividades de enfermagem, no complexo contexto dos serviços de saúde, é o enfoque na sabedoria da prática como sendo a incumbência atual do desenvolvimento da disciplina. Os ensinamentos clínicos permitem a integração da teoria na prática, a adequação da intervenção à unicidade e globalidade de cada pessoa e contexto, e a

validação da eficácia das intervenções implementadas, promovendo o crescimento da Enfermagem enquanto disciplina.

Este projeto assentou a sua conceção na Teoria do Cuidar transpessoal de Jean Watson. Esta proposta teórica fornece um enquadramento conceptual da enfermagem, no qual o cuidado face à espiritualidade e, por inerência, ao sofrimento espiritual, têm lugar e são absolutamente fundamentais. No entanto será de salientar o Modelo Trinitário de Wright, uma vez que, este constitui um modelo que pretende orientar e guiar a prática efetiva de cuidados de enfermagem neste domínio concreto. As práticas sugeridas por Wright (2005), foram a inspiração para o desenvolvimento da intervenção a que me propus, junto das pessoas em sofrimento espiritual, com doença oncológica terminal.

Num serviço Cirúrgico, como aquele em que desempenho funções, tão amplamente vocacionado para o tratamento e cura, assume-se como essencial, investir na área que ultrapassa a abordagem curativa e apela a uma intervenção paliativa. Esta intervenção deverá incidir fortemente, na área de saúde mental, pois os medos, as perdas, o sofrimento, a desesperança, tornam-se o habitat natural daquele que se depara com a finitude da sua existência.

Estruturalmente o relatório de estágio é constituído por dois capítulos. O primeiro é reservado ao Enquadramento teórico do tema em estudo e ao enquadramento conceptual de Enfermagem que o sustenta. O segundo corresponde à operacionalização do projeto, desde o seu desenho até à sua implementação, sendo, nesta fase apresentadas as conclusões inferidas deste trabalho, bem como, as contribuições do mesmo para a melhoria dos cuidados. No final surgirão as referências bibliográficas e os apêndices e anexos, pela relevância que adquirem na ilustração do percurso realizado.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Com o aumento da longevidade de vida, ao longo do Século XX, foi surgindo, no mundo ocidentalizado, o fenómeno da emergência das doenças crónicas, passando a morte a acontecer com frequência no final de uma doença crónica evolutiva (Neto, 2010). O facto de se passar a viver mais tempo não significou, necessariamente, que se passasse a morrer melhor. A “negação da morte” e a “ilusão de pleno controlo sobre a doença”, relegou para segundo plano as intervenções na saúde que promovessem um final de vida condigno. Apesar de todos os progressos da medicina, a morte continua a ser um facto inexorável da própria vida (Neto, 2010).

1.1. Doença Oncológica

O Programa Nacional para as doenças oncológicas (2013) mostra que, “(...) para a maioria das neoplasias, tem havido um crescimento significativo da carga assistencial a doentes com cancro nos hospitais portugueses” (DGS, 2013, p. 72). O aumento da longevidade e da prevalência das doenças crónicas representam uma importância acrescida em termos de saúde pública. Na União Europeia, a previsão realizada pela International Agency for Research on Cancer, citada pela DGS (2013), e tendo como base apenas o envelhecimento da população, determina um aumento dos novos casos de cancro em 13,7%. As previsões para Portugal são semelhantes e apontam para um acréscimo de 12,6% (DGS, 2013). Segundo a Rede nacional de cuidados continuados integrados (RNCCI) (2010, p.9) “(...) com o aumento progressivo do número de população idosa realça-se que cerca de 60% a 75% da população morrerá depois de um período de doença crónica progressiva, que poderá incluir uma situação de doença avançada ou terminal”. Segundo a RNCCI (2010), 87% dos doentes em Unidade de Cuidados paliativos são doentes oncológicos. Esta doença, desafiando a ciência médica, continua a atormentar a Humanidade, assombrando-a com a ameaça da dor, do sofrimento e da morte (Pereira & Lopes, 2005). E é aqui, numa sociedade onde a cura ou a prevenção da doença são objetivos prementes dos serviços de saúde, e a inevitabilidade da morte é quase considerada como um fracasso dos

profissionais, que se colocam enormes desafios no tratamento e acompanhamento da pessoa com doença oncológica em fim de vida. O cancro tornou-se, assim, numa doença temível que ameaça o sentido de integridade da pessoa e que, relembrando-lhe a sua vulnerabilidade, afeta todas as dimensões da sua existência (Pais, 2004; Pinto & Pais-Ribeiro, 2010). O forte impacto gerado pela doença a nível físico e as incertezas que levanta face ao futuro, induzem a profundas alterações na sua autoimagem, no relacionamento com os outros e consigo própria, levando-a a interrogar-se sobre o sentido e propósito de vida (Visser et al., 2010). A nível físico, o cancro pode desencadear incapacidades, disfunção sexual e alteração da imagem, conduzindo, por vezes, em fases mais avançadas, a perda ponderal com algum significado ou mesmo caquexia, dor e alterações nas funções hepáticas e renais (Santos, 2006). A mesma autora evidencia o facto de as implicações psicossociais serem igualmente alarmantes, uma vez que não existem dúvidas acerca do efeito do diagnóstico de doenças desta natureza sobre o bem-estar emocional. Sentimentos como ansiedade, depressão, cólera, vergonha e baixa autoestima, com manifestações de insónia, falta de concentração e mesmo pensamentos suicidas foram relatados já em estudos efetuados nesta área (Santos, 2006). A outra vertente mencionada por Santos (2006) são, as implicações graves nas relações interpessoais, nomeadamente entre o cliente e os restantes membros da sua família, sendo notórios, por exemplo, nos conflitos entre os sentimentos positivos para com o cliente e negativos para com a doença, que podem suscitar comportamentos contraditórios ou mesmo o evitamento físico. Segundo Melo (2005), os técnicos de saúde deverão considerar a forma como os clientes, subjetivamente, experimentam e compreendem a sua própria doença, com o intuito de tornar a sua intervenção mais personalizada e consequentemente, mais eficaz. Os processos emocionais, comportamentais e sociais globalmente influenciam a evolução e o prognóstico da doença.

1.2. Cuidados em Fim de Vida

Os Cuidados em Fim de vida são usualmente designados por Cuidados Paliativos. Segundo Twycross (2003, p.16) “os Cuidados Paliativos são os cuidados ativos e totais aos pacientes com doenças que constituam risco de vida, e suas famílias, realizados por uma equipa multidisciplinar, num momento em que a doença do paciente já não responda aos tratamentos curativos ou que prolongam a vida”. Aqui, os sintomas são tratados com a finalidade de promover conforto ao cliente, e estendem-se para além do alívio dos sintomas físicos, integrando os aspetos psicológicos e espirituais (Twycross, 2003). Em linhas gerais, os cuidados paliativos respeitam, indubitavelmente, o valor da vida humana; o primado é a pessoa doente em detrimento da doença, a qual tem a sua própria história, relações e cultura e merece respeito como ser único e original; aceitam a morte como processo natural e permitem o morrer (não antecipando e nem protelando intencionalmente a morte); a tónica é colocado no “como morrer”, em desprezo pelo “quando morrer”; contribuem para a melhoria da qualidade de vida, ajudando a viver da forma mais ativa e criativa possível (e não meramente existir); constituem uma aliança entre o cliente e os prestadores de cuidados; e preocupam-se mais com a reconciliação do que com a cura (Twycross, 2003). A reconciliação consigo próprio, com os outros, com o ambiente e com Deus, sendo que morrer reconciliado se traduz em ser capaz de transmitir: “gosto muito de ti”, “perdoa-me”, “eu perdoo-te”, “obrigado”, “adeus” (Twycross, 2003).

1.3. Sofrimento na Pessoa com Doença Oncológica em Fim de vida

Uma das patologias mais assustadoras do quotidiano no mundo moderno é o cancro, pois a pessoa com patologia oncológica sofre mudanças, entre as quais, físicas, psicológicas, sociais e espirituais (Pereira & Lopes, 2005).

Cassel (2004) define Sofrimento como um estado de desconforto severo, provocado por uma ameaça atual ou percebida como iminente à integridade ou à continuidade da existência da pessoa como um todo. Desta definição salientam-se o conceito de Ser Humano como um Ser Total e o conceito de

ameaça de desintegração, que segundo Gameiro (1999, p.35) “(...) evidencia como condições de sofrimento uma descontinuidade/rutura do sentido de futuro, da consciência de si e da identidade pessoal, mantendo-se um esforço contínuo de integração e harmonia”. Para efetivar a intervenção no sofrimento associado à doença terminal – e apesar da complexidade do conceito de “sofrimento”- será necessário clarificar o mais possível quais as vertentes que ele encerra. Na tentativa de sistematizar esta temática, apontam-se alguns aspetos que são habitualmente considerados como as principais fontes de sofrimento para os doentes terminais: perda de autonomia e dependência de terceiros; sintomas mal controlados; alterações da imagem corporal; perda de sentido de vida; perda da dignidade, perda de papéis sociais; perda de regalias económicas; alterações nas relações interpessoais; modificação de expectativas e planos futuros; abandono (Kuhl, 2002; Powis et al., 2004; Barbosa, 2010).

Segundo Barbosa (2010), são diferentes as dimensões que perante um processo de doença são afetadas, determinando vários níveis de sofrimento (Físico, Psicológico, Relacional e Espiritual), que confluem num sofrimento global. No caso das pessoas com doenças incuráveis, existe evidência clara de que o sofrimento associado ao período terminal de vida é frequentemente negligenciado e subtratado pelos profissionais de saúde (Steinhauser et al, 2000; Pincombe et al., 2003; Molzahn & Sheilds, 2008; Bruce et al., 2011; Puchalsky, 2012). Vários autores fazem ainda referência ao sofrimento provocado pelo tipo de cuidados recebidos ou pela forma como estes são prestados (Cassel, 2004; Bruce et al., 2011; Puchalski, 2012). Ignorar o sofrimento é torná-lo ainda mais insuportável, para além de ser uma prática, moralmente e eticamente reprovável. No meio hospitalar o enfermeiro é quem mais de perto e durante mais tempo lida com o sofrimento daquele a quem presta cuidados. Os enfermeiros são os principais cuidadores do sofrimento e são, não raras vezes, o único suporte dos clientes (Morse, 2001). Wright (2005) corrobora esta opinião e acrescenta que *“a redução ou a diminuição do sofrimento é o centro, a essência e o coração da prática das enfermeiras (...) por isso, o objetivo ético e obrigatório da Enfermagem deve ser reduzir,*

diminuir ou aliviar (...) o sofrimento emocional, físico e/ou espiritual dos doentes e familiares.” (p. 37).

Na literatura relacionada com o Fim de Vida sobressaem as questões do sofrimento espiritual, síndrome de desmoralização, desesperança, perda de dignidade (Kuhl, 2002; Chochinov et al., 2005; Breitbart & Applebaum, 2011). Numa revisão de Literatura, Albers et al. (2010) constatarem que metade dos instrumentos de qualidade de vida identificados incluem itens relacionados com a espiritualidade, focando especialmente os aspetos existenciais relacionados com o sentido e propósito de vida. Progressivamente, se tem vindo a assumir a importância da integração da componente Espiritual nos Cuidados prestados, como um vetor de bem-estar e qualidade de vida para os clientes (Puchalsky, 2012).

1.3.1. Sofrimento Espiritual

Segundo Barbosa (2010, p.603) *“Espiritualidade é uma perspetiva pessoal complexa, abrangente, multidimensional, sistémica e integradora da experiência humana que, através de processos de questionamento e reflexão, contemplação e meditação ou oração, avalia os aspetos materiais existenciais (perspetivas, comportamentos, relações, projetos, realizações) da vida conduzindo à consciência da transcendência nas suas dimensões: biográficas, situacional ou cósmica ajudando a manter a relação consigo próprio, com os outros, com entidades superiores ou forças vitais, para procurar eventuais significados e propósitos de vida e sentimentos de ligação/conexão e de paz interior.”* Uma doença crónica, progressiva e incurável é uma circunstância que, não havendo possibilidade de ser mudada, como que impõe uma reflexão sobre o significado que se dá à vida e ao modo de estar no mundo e como que desafia o indivíduo que a possui a mudar-se a si próprio, influenciando no modo como se vê e se posiciona face à vida e existência.

Caldeira et al. (2011) num estudo de revisão sobre as significações de espiritualidade na literatura de investigação em enfermagem, propõem a existência de quatro categorias fundamentais: dimensões, fatores precipitantes, características e significações nos cuidados de enfermagem. Dentro das

dimensões, os autores salientam as subcategorias teísta, religiosa, cultural e existencial. Quanto aos fatores precipitantes encontraram as subcategorias sofrimento, doença, morte e situações adversas. Relativamente às características, consideram que a espiritualidade é integradora, individual, multidimensional e promotora de aspetos positivos. Sobre as significações nos cuidados de enfermagem, consideram ser promotora da humanização destes cuidados e do processo de enfermagem.

Segundo Barbosa (2010) a componente espiritual do sofrimento reporta-se “(...) *essencialmente à dimensão de desarmonia (incoerência e desordem) consigo próprio e com os outros, vida sem sentido (valor e propósito), sentimento de realização deficitário e não confiança na transcendência*” (p. 577). Na Enfermagem, desde os primórdios da disciplina, as necessidades espirituais são tidas como essenciais para a saúde das pessoas. Segundo Ribeiro (2008, p. 22), “A espiritualidade é uma característica da humanidade que pode ajudar a pessoa a ultrapassar um momento de crise e sofrimento”. O sofrimento induz, inevitavelmente, ao domínio espiritual. A ênfase na Espiritualidade e a mudança que daí poderá ocorrer representam habitualmente a resposta mais profunda ao sofrimento experienciado (Wright, 2005).

Quando a investigação é feita no contexto de cuidados paliativos há um evidente enfoque na importância do alívio do sofrimento espiritual para se atingir o bem-estar destas pessoas que se encontram na fase final das suas vidas. Puchalski (2012) defende que o investimento no bem-estar espiritual é muito importante na perspetiva das pessoas com doença oncológica e que a abordagem da vertente espiritual por parte dos profissionais é muito valorizada por estes clientes. Breitbart & Applebaum (2011) assumem como premente a necessidade de intervenções psicossociais direcionadas ao sentido e propósito de vida, a fim de aumentar os outcomes a nível psicossocial, como por exemplo: qualidade de vida, depressão, ansiedade, desesperança e vontade de morrer. Esta preocupação com a vertente espiritual por parte dos profissionais de saúde favorece o estabelecimento de uma relação de confiança, de ajuda, contribuindo para o cuidado integral. Auxiliar os clientes e

os seus familiares, num momento tão inquietante e angustiante como o de fim de vida, obriga o profissional a estar consciente das necessidades específicas de cada cliente, e estar preparado para as considerar no âmbito do cuidar (McSherry & Smith, 2012). Segundo Ribeiro (2008), para que os Enfermeiros sejam capazes de assumir tal missão, estes terão de aumentar conhecimentos nesta área para poderem dar resposta à unicidade de cada pessoa. Segundo a mesma autora, “(...) a investigação nesta área salienta a necessidade de procurar perceber quem é a pessoa que temos junto de nós quando cuidamos, isto é, compreender as significações associadas a uma situação de doença crónica e de sofrimento, o tipo de resposta e comportamentos que são usados para lidar e minimizar com essa situação, de que forma estão relacionados com a Espiritualidade e ainda como as pessoas a descrevem.” (Ribeiro, 2008, p. 26). E, sem ambicionarmos o sucesso pleno, podemos pelo menos procurar amenizar o impacto do sofrimento gerado nesta fase, se nos soubermos situar, mesmo que por breves momentos, no espaço da fragilidade e vulnerabilidade humana do outro (Wright, 2005).

Aprender a lidar com o Sofrimento Espiritual, com as perdas e as necessidades no contexto de doença terminal, torna-se num desafio tanto para o cliente, como para familiares e profissionais de saúde. Em fim de vida o cliente apresenta necessidades especiais que podem ser satisfeitas. Bernard (2008) destaca as que considera serem as mais prementes na pessoa em fase terminal: ser reconhecido como pessoa; reconciliação; revisão e de contar coisas; sentido e propósito de vida; esperança; liberdade; expressar a religiosidade.

A subjetividade do conceito de espiritualidade e a falta de preparação dos enfermeiros são dois fatores que justificam a integração insuficiente das intervenções espirituais na prestação de cuidados (Narayanasamy, 2007; McSherry & Smith, 2012). O cuidado espiritual inclui a avaliação do bem-estar espiritual, a formalização de diagnósticos de natureza espiritual, que precedem a definição das intervenções e a avaliação dos resultados, completando, assim, o método científico de trabalho do enfermeiro que é o processo de enfermagem.

A experiência de Sofrimento não é uma condição essencial para encontrar o sentido da vida, mas é possível encontrar um sentido no/apesar do sofrimento e evitar que ele seja destrutivo mas, ao invés, estruturante (Neto, 2010). A proximidade da morte transforma tudo e revela-se um tempo de intensa atividade psíquica, de possibilidade de insight, de maturação, elaboração e enriquecimento, podendo fazer emergir conflitos e impasses que permeiam a sua existência e as suas relações interpessoais, bem como, de reelaboração do passado, podendo ser encontrado um significado para a doença e um sentido para a sua vida (Bernardo, 2005).

1.4. Enfermagem e a Espiritualidade

O facto da literatura da enfermagem das últimas décadas, referenciar que a dimensão espiritual tem sido descurada da atual prática da profissão, quer da teoria, quer da investigação em enfermagem, veio reacender o investimento na temática, tanto ao nível das teorias conceptuais, bem como, em termos académicos. No entanto, este investimento tem-se demonstrado infrutífero na prática dos cuidados (Wright, 2005). Apesar deste renovado despoletar de interesse por parte da enfermagem, acerca da espiritualidade, Molzahn & Shields (2008) identificam várias barreiras que ainda prevalecem e inibem os enfermeiros de incluírem na sua prática este tipo de cuidados: ausência de conhecimento sobre o que é a espiritualidade; dificuldades de expressão naquilo a que se refere a esta dimensão; subdesenvolvimento espiritual do Enfermeiro; falta de formação; considerarem que esta é uma tarefa da responsabilidade de outros; restrições de ordem financeira e temporal que contribuem para que as instituições coloquem de lado este tipo de cuidados; predominância do modelo científico nos cuidados de saúde contemporâneos; medo de ofender e desrespeitar as crenças do doente. McBrien (2008) acrescenta ainda a este rol de barreiras para a intervenção no domínio a espiritualidade, o crescente incremento e proliferação da tecnologia no trabalho.

1.4.1. A Espiritualidade na Teoria do Cuidar transpessoal de Jean Watson

Para Watson (1979), a ciência do cuidar combina duas componentes: a ciência e o humanismo. O cuidar envolve, na perspectiva de Watson (2002), um conjunto de respostas humanas intersubjetivas no contexto da saúde-doença. Este cuidar dá-se na relação humana e, segundo a autora, apresenta um conjunto importante de características: tem um elevado grau de consideração, profunda admiração e respeito pela pessoa humana e pela vida humana; é respeitador da liberdade e da autonomia da pessoa; focaliza-se grandemente na realidade interna e subjetiva do cliente (e do enfermeiro) e naquilo que este compreende, da vivência da situação de saúde-doença em que se encontra; ocorre na relação enfermeiro-cliente, em que o seu objetivo fundamental é que a pessoa adquira um maior conhecimento de si, autocontrole e capacidade de se autocuidar. Watson (2002) apresenta um conceito filosófico, dinâmico e humano do que é ser Pessoa. Segundo a autora Pessoa é um “ser no mundo”, um ser vivo em crescimento que possui três esferas do ser, indissociáveis: mente, corpo e alma, influenciada pelo conceito Eu. O Eu da pessoa é um processo em contínua evolução, converte novas experiências em conhecimento. A pessoa não é somente um organismo ou ser físico, também é parte integrante da natureza. A pessoa e o seu Eu interior estão em harmonia, “(...) quando há harmonia na mente, no corpo, e na alma da pessoa.” (Watson, 2002, p. 98).

Watson (2002) conceptualiza ambiente, como parte do mundo exterior da pessoa, incluindo neste a natureza e a realidade externa de cada um. Ambiente surge como elemento de suporte, protetor e/ou corretivo, mental, físico e espiritual. Para a autora, saúde não é uma questão tão linear como sentir-se bem ou mal, ou ausência de doença. Para existir saúde é necessária harmonia entre a mente, corpo e espírito. Isto só se verifica quando há congruência entre o EU percebido e o Eu vivenciado. Caso contrário, a incongruência conduz à ameaça, à ansiedade e pode levar ao desespero existencial, contribuindo para a doença. Watson (2002) define enfermagem, como sendo uma ciência humana, de experiências e vivências no campo da saúde-doença, que são mensuradas em transações humanas do cuidar

profissional, individual, científico, estético e ético. Enfermagem é um conceito dinâmico e em transformação, assume uma dimensão transpessoal nos cuidados intersubjetivos, pessoa a pessoa. Os cuidados de enfermagem de acordo com Watson (2002), têm como finalidade ajudar a pessoa a alcançar um grau mais elevado de harmonia entre mente, corpo e alma que leva ao auto conhecimento, auto respeito e auto cuidado, levando a pessoa a crescer com vista a uma realização pessoal. O processo de cuidar exige vontade e comprometimento pessoal, social, moral e espiritual por parte dos enfermeiros. Essa perspectiva do cuidado de enfermagem tem como determinante que o profissional cuidador aprofunde os seus conhecimentos relativos a aspetos ligados à compreensão da multidimensionalidade do ser e que assuma como meta a sua própria evolução espiritual. Dessa forma, será de considerável relevância uma busca pessoal que proporcione o aprofundamento no próprio “self”, o que pode ser alcançado quando se exercita a espiritualidade e, permanentemente, se busca o desenvolvimento interno, procurando estar em constante sintonia com o *cosmos*, uma vez que não nos encontramos isolados no universo.

O exercício do cuidar humano, identificativo da enfermagem, necessita da arte de cuidar-curar e de uma estrutura denominada por fatores de cuidar (Watson, 2002). Estes fatores de cuidar, segundo Watson (1979) representam os mecanismos centrais do cuidar em enfermagem. O objetivo destes fatores é o processo de cuidado (Watson, 1979, 2002), que ajuda a pessoa a alcançar ou preservar a saúde, ou ainda, a auxilia a ter uma morte serena (Watson, 1979).

Watson (1979) definiu dez fatores implícitos no cuidar de enfermagem:

- 1) A formação de um sistema de valores humanístico-altruísta;
- 2) Instilação de Fé – Esperança;
- 3) Cultivar a sensibilidade para consigo e para com os outros;
- 4) Desenvolver uma relação de cuidar humano, ajuda-confiança;
- 5) Promoção e aceitação de sentimentos positivos e negativos;
- 6) Uso sistemático do método científico de resolução de problemas, no processo de decisão;
- 7) Promoção do ensinar-aprender transpessoal;
- 8) Proporcionar ou fornecer um ambiente sustentador, protetor e/ou corretivo mentalmente, fisicamente,

socialmente e espiritualmente; 9) Assistência às necessidades humanas; 10) Permitir forças existenciais fenomenológicas.

Watson (2002) concebe, claramente, que a prática de cuidar de enfermagem deverá atuar na espiritualidade da pessoa, quando afirma que este mesmo cuidar responde à interioridade do indivíduo e que a sua ação promove e ajuda o mesmo, a encontrar o sentido, o significado da existência, em contextos de desarmonia, dor e sofrimento. Trata-se, portanto, de uma preocupação constante com a evolução espiritual e exercício contínuo de práticas que levem a um entendimento da conexão corpo-mente-universo. Este processo possibilitará a manutenção do equilíbrio interior e harmonização com o *cosmos*, ampliando a capacidade de visualizar o cuidado em todas as dimensões e amplificando as aptidões para vivenciar as diversidades que se apresentam.

1.4.2. Modelo Trinitário de Wrigth

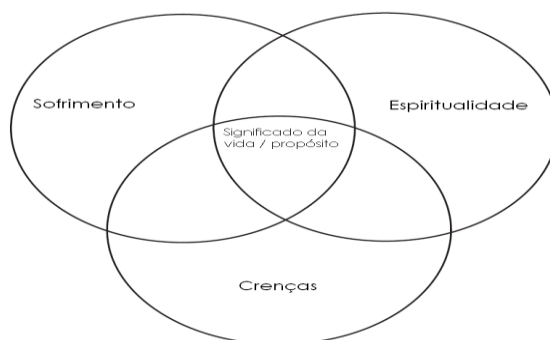
O Modelo Trinitário de Wright (2005) é um modelo de enfermagem que pretende orientar e guiar a prática efetiva de cuidados de enfermagem relativamente ao domínio da espiritualidade humana. Este modelo assume particular relevância, uma vez que engloba a parte conceptual e a vertente prática, devidamente fundamentada. Algumas teorias de enfermagem, como é o caso da Teoria do Cuidar de Jean Watson, englobam a dimensão espiritual naquilo a que a disciplina deve entender pela natureza e conceção do ser humano, porém, a intervenção neste contexto não aparece devidamente operacionalizada. O mérito do modelo trinitário de Wright reside, exatamente, no facto de este apresentar capacidade de aplicação prática junto do cliente que está em Sofrimento.

Os três fundamentos teóricos e visões do mundo que inspiram o Modelo Trinitário são: o Pós Modernismo, a Teoria dos Sistemas e a Biologia do conhecimento (Wright, 2005).

O modelo defende a relação indissociável entre três elementos: crenças, sofrimento e espiritualidade, no contexto de doença. É no cruzamento destes

três conceitos que o propósito, o significado e sentido da vida são afirmados ou questionados e contestados (Wright, 2005), como se pode verificar na figura 1:

Figura 1. Modelo Trinitário de Wright



Fonte: Wright (2005, p.74)

Segundo Wright (2005), o sofrimento remete-nos inevitavelmente para o domínio espiritual, “(...) uma conversa sobre o sofrimento abre invariavelmente caminho para uma conversa sobre espiritualidade” (p.84). Para melhor perceber como a pessoa percebe e vive o sofrimento é necessário explorar as suas crenças. Para identificar as crenças que são importantes avaliar nestas situações, Wright (2005) dicotomiza entre *Crenças facilitadoras* e *Crenças limitadoras*. As crenças facilitadoras aumentam o leque de soluções e funcionam como forças para fazer face ao sofrimento que estão a vivenciar. As crenças limitadoras são castradoras, diminuindo as opções para fazer face aos problemas. Por esta mesma razão, Wright (2005) defende que o profissional de saúde deve trabalhar no sentido de ajudar o cliente a questionar e modificar as crenças limitadoras, e em simultâneo, promover e reforçar as crenças facilitadoras. O sofrimento exige um esclarecimento do motivo por que é que acontece e de como pode ser suportado. Só tendo um pleno conhecimento de como a experiência de sofrimento está a ser vivenciada se poderá ter uma intervenção adequada à singularidade do indivíduo. Através da exploração das crenças, com os doentes e famílias, é possível compreender a explicação que os mesmos encontram para o facto de estarem a sofrer (Wright, 2005).

De todo o ciclo vital do indivíduo, é na proximidade do fim da sua vida, na certeza indelével da sua morte, que se assume como preponderante,

configurar o sofrimento espiritual como o foco da nossa intervenção, enquanto profissionais de saúde (Wright, 2005).

1.5. Intervenção de Enfermagem no Sofrimento Espiritual da Pessoa em Fim de Vida

Nos vários estudos desenvolvidos, não existe uma clara evidência científica sobre a forma como os enfermeiros percebem e avaliam o sofrimento e dos tipos de intervenção que utilizam para o aliviar (Astley & Nyatanga, 2005; Bruce et al., 2011). Isso parece revelar que embora o sofrimento faça parte da vida profissional diária dos enfermeiros, não é ainda alvo da atenção da maioria dos investigadores. Breitbart & Applebaum (2011) sustentam que a integração da vertente da espiritualidade nos cuidados ao doente oncológico em fim de vida é hoje um elemento relevante para a excelência dos cuidados prestados. Assim, com o objetivo de minimizar o sofrimento espiritual nesta etapa, torna-se pois, de particular acutilância, saber quais as necessidades espirituais que precisam ser atendidas, pois a sua não satisfação será por certo, razão de intensificação do sofrimento e de obstáculo à paz e à aceitação da morte. A não satisfação das necessidades espirituais da pessoa leva ao sofrimento, como acontece com a não satisfação das necessidades biológicas básicas (Bernard, 2008). Vários autores na área dos cuidados paliativos, atualmente, defendem que as necessidades espirituais são universais (independentemente das crenças ou religião), isto principalmente aquando da fase final de vida. Porém, a maneira como se lida, expressa e vivencia estas mesmas necessidades e tarefas espirituais, é individual e única. Assim sendo, o cuidado dirigido à espiritualidade deve ser sempre conduzido em função das necessidades particulares da pessoa em concreto, sendo esta que guia o cuidado (Bloemhard, 2008).

Millspaugh (2005) refere que sofrimento espiritual é sentido, quando se fica plenamente consciente de determinadas realidades humanas: de que vamos morrer, que não temos controlo, que estamos sós e que não temos um propósito que dê sentido à vida e pelo qual valha a pena viver. Quando há a percepção real da nossa mortalidade, quando nos vemos sozinhos e quando ficamos cientes que não temos controlo, há perda de sentido, resultando em

sofrimento espiritual. Para além disto, quando existem perdas consideráveis do Eu, o sofrimento é intensificado. Contudo, este sofrimento pode ser contrariado, se houver um sentido de propósito transcendente e uma percepção de controlo (Millspaugh, 2005). Para abordar a questão da intervenção face a este sofrimento espiritual importa recordar a noção de Frankl (2010), na qual este afirma que não é possível dar sentido à vida de alguém que vive na ausência do mesmo, só a própria pessoa o pode encontrar.

Wright (2005) apresenta várias práticas do domínio da espiritualidade que promovem a diminuição do sofrimento, expostas no quadro 2:

Quadro 1: Práticas do domínio da espiritualidade que promovem a diminuição do sofrimento

Práticas	Características
Ligar-se ao Sofrimento dos indivíduos e famílias	Estar absolutamente presente, concentrado e ligado ao sofrimento experienciado pelo outro. Deixar que o sofrimento emane da conversação com a pessoa; não fugir ao contacto com o sofrimento.
Incentivar as narrativas sobre o sofrimento na doença	Questionar a pessoa a respeito da narrativa da doença, conhecer o impacto da experiência da doença na vida da pessoa e nas suas relações.
Fazer uso da escuta atenta e da presença	Estar totalmente presente, escutar verdadeiramente, ou seja, não apenas ouvir, mas escutar plenamente com a nossa mente e com o coração.
Compaixão, amor e sentido de ligação	É necessário estabelecer uma ligação forte com a pessoa que sofre. Fazer uso do amor e da compaixão.
Reconhecer o Sofrimento e o sofredor	Reconhecer o sofrimento àquele que sofre é condição essencial para que a possibilidade de cura do sofrimento possa ocorrer.
Explorar o significado que os elementos da família retiram do seu sofrimento	O significado e o propósito que cada membro da família atribui às suas vivências do sofrimento, é algo a explorar e desenvolver.
Fomentar a Esperança	Fomentar a esperança e reconhecer o sofrimento são intervenções que andam a par e que promovem a cura do sofrimento.

Fonte: Wright (2008)

Segundo Bloemhard (2008, p. 23): “O cuidado espiritual envolve tudo aquilo que aumenta, torna visível, estimula ou amplia o bem-estar espiritual e emocional ou a paz de espírito”. A autora refere, ainda, que a intervenção no

domínio da espiritualidade poderá ser, qualquer ação que eleve o bem-estar espiritual, por mais simples que esta seja. No entanto, reconhece que existem intervenções mais complexas e especializadas que têm como objetivo dar resposta às necessidades das pessoas neste foro, bem como, aliviar o seu sofrimento. Como afirma Narayanasamy (2007, p. 37): “O apoio espiritual deverá ser dado de acordo com as indicações do individual, podendo ser único e específico.” Neste sentido, e atendendo à própria natureza da espiritualidade humana, a tarefa de enunciar exaustivamente todo o tipo de ações que visam dar resposta ao sofrimento e às necessidades neste contexto, seria uma tarefa de todo impraticável. Porém são já reconhecidas várias as intervenções diferenciadas dirigidas à espiritualidade, mas de âmbito genérico.

Quadro 2: Intervenções diferenciadas no domínio da espiritualidade

<p>Revisão da história de vida (Bloemhard, 2008, Bernard, 2008)</p>	<p>Este tipo de exercício é importante, principalmente junto daqueles que se encontram perante a morte. Incentivar, apoiar e criar as condições para que a pessoa faça uma revisão da sua história de vida, poderá ajudá-la a reconhecer valor na vida vivida, com as suas conquistas e feitos, e assim, obter paz e tranquilidade. Aceitar a morte implica atribuir valor à vida que se viveu, desenvolver uma representação que seja positiva. Porém, poderão existir aspetos mal resolvidos pela pessoa que podem ser contrários a este mesmo reconhecimento, sendo eles, situações de culpabilização, de ausência de perdão e de vergonha (Bloemhard, 2008).</p>
<p>Silêncio e a escuta verdadeira (Bloemhard, 2008)</p>	<p>É importante saber ouvir, permitir o silêncio e saber usá-lo, o que equivale a efetuar uma verdadeira escuta. É de salientar que nesta intervenção, o importante é escutar. Assume-se como essencial, criar condições de abertura total à pessoa para que esta se expresse livremente. Neste sentido, deve-se evitar efetuar qualquer tipo de julgamento ou consideração crítica (Bloemhard, 2008).</p>
<p>Presença (Bloemhard, 2008)</p>	<p>Esta intervenção refere-se ao uso de si e da sua presença, a estar em relação autêntica. (Bloemhard, 2008).</p>
<p>Rezar e cuidado religioso (Bloemhard, 2008, Bernard, 2008)</p>	<p>É reconhecido que a religião é um recurso importante para muitas pessoas. Contudo, é fundamental ter bem presente que o apoio neste domínio cabe ao representante da religião da pessoa. Neste sentido, os profissionais de saúde apenas deverão rezar, ler textos sagrados ou cantar cânticos religiosos, a pedido do doente e nunca por iniciativa ou sugestão dos próprios, pois se o fizer, poderá ser considerado intrusivo. Mesmo a referenciação para o representante religioso deverá ser feita apenas com o consentimento da pessoa (Bloemhard, 2008). É importante que se promova e facilite a expressão religiosa da pessoa (Bernard, 2008).</p>
<p>Ritos e rituais (Bloemhard, 2008)</p>	<p>Existem ritos e rituais religiosos que são valiosos recursos para os indivíduos, ajudando a aceitar e ultrapassar determinados acontecimentos. Porém, também existem práticas, fora do âmbito religioso, que ajudam a pessoa que se encontra em sofrimento, a sentir-se mais calma e a adquirir mais tranquilidade e equilíbrio. São exemplos</p>

	destas práticas, acender velas, colocar pétalas de flores na água, etc. (Bloemhard, 2008).
Explorar sentimentos como a culpa, o arrependimento e o fracasso (Bernard, 2008)	É importante auxiliar a pessoa a explorar estes sentimentos, dando o apoio e acompanhamento à pessoa, para que esta, mediante o perdão e a reconciliação, os possa resolver (Bernard, 2008).
Promover as relações pessoais e de apoio à pessoa (Bernard, 2008)	Assume-se como essencial, fomentar o contacto humano de apoio à pessoa que sofre. Aliás, é através da relação humana, verdadeiramente empática e aberta ao outro, que é possível ajudar a pessoa a atravessar as dificuldades espirituais do fim de vida.
Promover o encontro familiar de forma a otimizar o funcionamento da família (Bernard, 2008)	A família configura-se ao longo da vida como uma unidade fundamental que funciona como um alicerce onde se encontra afeto e refúgio nas situações mais difíceis. Assim sendo, intervir na promoção da reunião familiar, vai ajudar a pessoa em final de vida. De Facto, receber o apoio e o afeto daqueles que mais se ama irá revelar-se particularmente importante nesta fase (Bernard, 2008).

2. IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO

Do desenho à implementação do Projeto existe um vastíssimo caminho percorrido que importa aqui explanar para uma melhor compreensão de todo o trabalho desenvolvido.

2.1. Pertinência do Tema

Vários autores sugerem estudos no âmbito do Sofrimento Espiritual no Fim de Vida, dada a escassez de investigação nesta área e dada a reconhecida importância que esta dimensão assume nesta etapa final (Krikorian, 2008; Puchalsky, 2012). Sand et al. (2009) consideram que a generalidade dos estudos no âmbito dos cuidados paliativos se foca, sobretudo, nos aspetos físicos e psicossociais, menosprezando os desafios existenciais, não dando uma resposta totalitária ao objetivo máximo deste tipo de cuidados, que é diminuir o sofrimento e aumentar o bem-estar e a qualidade de vida. Verifica-se, frequentemente, que o sofrimento associado à fase terminal é subestimado, em termos de avaliação, intervenção e cuidados, pelos profissionais de saúde. Para efetivar o cuidado integral, centrado no cliente, há que ter uma visão da pessoa na sua totalidade e unicidade.

Em termos éticos, esta questão assume particular relevância. Como prestar cuidados de saúde, ignorando o mais alto domínio do sofrimento, o sofrimento espiritual (quando este ocorre)? Todas as pessoas são detentoras de motivações que possibilitam a sua existência, não só a existência física, mas também a sua existência enquanto pessoa, como sujeito consciente de si próprio. A dignidade humana impõe o respeito pela pessoa cuidada, e esse respeito só se materializará através do conhecimento aprofundado da mesma, da sua realidade singular e da sua espiritualidade como constituinte da sua identidade como pessoa. Numa fase final de vida, em que as questões espirituais emergem como que naturalmente, há que dar especial relevo a esta dimensão, numa tentativa de humanizar os cuidados, combater o vazio existencial/relacional que se aloja em redor dos doentes moribundos e investir no alívio efetivo do sofrimento. Para o efeito, dada a subjetividade que lhe é inerente, assume-se como preponderante partir dos relatos e subjetividades do

próprio sofredor, para assim, conhecer e compreender as experiências vividas na sua totalidade (Gameiro, 1999). Se não se conseguir reconhecer o que é o sofrimento para estas pessoas, dar-se-á uma resposta global às suas inquietações e temores, que embora coincidentes, muitas vezes, com as dos restantes, são vivenciados de forma única e particular.

2.2. Identificação do problema

Deste modo, e pensando na morte como o término da existência humana, no corpo físico debilitado e extenuado pela doença terminal e, essencialmente, na fragilidade emocional e no Sofrimento Espiritual que o assolam nesta fase, assumia-se como preponderante desenvolver competências no acompanhamento da pessoa na fase final da sua vida. Para o efeito seria necessário conhecer e compreender as vivências psicológicas, as questões existenciais, as necessidades espirituais, os medos e as perdas dessas mesmas pessoas. Segundo a ordem dos Enfermeiros (2010, p.1) “As pessoas que se encontram a viver processos de sofrimento (...) têm ganhos em saúde quando cuidados por Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de saúde Mental” e portanto, é mandatário que este assuma o seu lugar de destaque no trabalho emocional junto daquele que vivencia uma das maiores angústias da Humanidade, a morte. Esta é uma obrigação ética, moral e deontológica do Enfermeiro, mas mais particularmente, do EEESM, dada a especificidade do seu campo de atuação.

Face ao exposto, impuseram-se as questões, que deram mote a todo o trabalho desenvolvido:

- Como percebe e vivencia o Sofrimento Espiritual a pessoa com Doença oncológica em Fim de vida?
- Que intervenções de Enfermagem permitem aliviar o sofrimento Espiritual da pessoa em Fim de Vida? Quais os seus resultados?

2.3. Objetivos

Tendo por base o RCEEEESM da Ordem dos Enfermeiros (2010), delineei os objetivos gerais e específicos a serem atingidos ao longo da materialização deste projeto.

1. Conhecer o(s) significado(s) e vivências do sofrimento espiritual da pessoa com doença oncológica em fim de vida, através da percepção que revela da sua situação

- Identificar os significados e vivências do sofrimento espiritual da pessoa com doença oncológica em fim de vida

2. Compreender a forma como a pessoa com doença oncológica em fim de vida identifica os fatores de sofrimento espiritual na relação intra e interpessoal

- Identificar as expressões de sofrimento espiritual na pessoa com doença oncológica em fim de vida
- Identificar os fatores desencadeantes e os fatores de alívio de sofrimento espiritual na pessoa com doença oncológica em fim de vida
- Identificar as necessidades espirituais manifestadas pela pessoa com doença oncológica em fim de vida

3. Planear e desenvolver intervenções clínicas à pessoa em sofrimento espiritual, no âmbito das competências do Enfermeiro Especialista em saúde mental

- Implementar um Plano de Cuidados individualizado, com vista a aumentar os níveis de bem-estar e a diminuir a intensidade do sofrimento espiritual
- Avaliar os resultados da intervenção realizada
- Demonstrar uma crescente tomada de consciência de mim mesma durante a relação terapêutica

2.4. Implementação de estratégias e apresentação de resultados

Tendo por objetivo o desenvolvimento de competências específicas do EEESM em articulação com as competências de grau de mestre, deu-se início aos Ensinos clínicos, que decorreram na região de Lisboa e vale do Tejo: o primeiro, entre 29.Setembro.2014 e 25.Novembro de 2014, num Serviço de internamento de Psiquiatria agudos, e o segundo, numa Unidade de Medicina Paliativa, entre 26.Novembro.2014 e 5.Fevereiro. 2015. Antes de se iniciar esta etapa, já havia realizado uma Revisão Sistemática da literatura que visou sustentar, do ponto de vista científico, a intervenção a desenvolver, para uma posterior implementação do Processo de Enfermagem na área concreta a que me propus intervir, o Sofrimento Espiritual em Fim de Vida. No entanto, houve necessidade de prolongar esta Revisão da literatura, ao longo de todos estes meses, afim de suportar na melhor evidência científica disponível, as diversas intervenções desenvolvidas, nos diferentes contextos. Estes estágios assumiram-se como uma oportunidade de experimentação e aplicação, em contexto real, dos conhecimentos e competências adquiridos ao longo do curso, de forma a possibilitar a integração da teoria na prática e o desenvolvimento de um saber verdadeiramente profícuo e de “práticas competentes” (Benner, 2001).

2.4.1. Estágio – Serviço de Internamento de Psiquiatria

O primeiro Estágio desenrolou-se numa Unidade de Internamento de Psiquiatria de agudos. Este Serviço tem uma lotação de 15 camas e assegura o acompanhamento de pessoas com patologia psiquiátrica em fase aguda. As portas do serviço estão abertas à Urgência 24horas. Os clientes são admitidos através da urgência, da consulta e por transferência de outros serviços. A escolha deste serviço para efetuar o ensino clínico deveu-se ao facto de acreditar que grande parte dos conhecimentos e competências exigidas ao EEESM só poderão ser plenamente desenvolvidos na área de Psiquiatria. Assim sendo, assumi como objetivos para este local de estágio: desenvolver intervenções que ajudem a pessoa, integrada na família a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto; aumentar o nível de conhecimento e consciência de mim mesma; e, muito particularmente,

desenvolver “intervenções de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional, ao cliente, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo (...) de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde” (O.E. 2010, p.3). Através da pesquisa bibliográfica e da experiência prática neste contexto pude aprofundar conhecimentos na área de psicopatologia e desenvolver competências na entrevista centrada, na relação de ajuda e intervenção de âmbito psicoterapêutico. Só após o desenvolvimento destas competências poderia implementar o projeto a que me propusera na área de CP.

A intervenção integrada e adequada às necessidades de cuidados no contexto de internamento, ao cliente em fase aguda da doença psiquiátrica, é deveras importante, uma vez que terá uma forte influência na sua reabilitação e readaptação ao contexto social. Considero que o foco de atenção de enfermagem nesta área de intervenção é a minimização das repercussões da doença mental na vida diária, a promoção de bem-estar e alívio do sofrimento, a aceitação do estado de saúde, a promoção de mecanismos de adaptação para a prevenção de recaídas, a adesão e gestão do regime terapêutico e o envolvimento da família como foco e parceiro do cuidar. Para que a intervenção nesta área seja eficaz, é fulcral o investimento na relação terapêutica. Segundo Chalifour (2008) estar em relação significa ter uma visão holística do cliente, atentar nas suas características, bem como, no meio em que este se insere e ter um vasto conhecimento de si mesmo, para poder disponibilizar-se ao outro. Ao longo do estágio, pude constatar que o aumento do meu autoconhecimento melhorou a qualidade da relação terapêutica, contribuindo para uma tomada de consciência de mim mesma enquanto instrumento terapêutico e como ser ativo na relação “transpessoal” com o cliente. Para facilitar este processo de autoconsciência, essencial à prestação de cuidados na área de ESMP, realizei, ao longo do estágio, várias reflexões, analisando as emoções, os sentimentos, os valores e outros fatores pessoais ou circunstanciais que interferiram na relação terapêutica. A discussão das mesmas com a Orientadora Clínica e com o Professor orientador tiveram um efeito muito profícuo para o meu desenvolvimento pessoal e profissional.

Não existe cuidado se não existir uma relação terapêutica de qualidade com o cliente. Neste sentido, o profissional deverá ajudar o cliente a identificar o seu problema e auxiliá-lo a ter uma maior consciência de si, para poder mobilizar todos os seus recursos, para prevenir e solucionar os problemas que enfrenta (Chalifour, 2008). Para efetivar competências na área relacional, após vasta pesquisa bibliográfica, foi-me possível implementar estratégias de comunicação terapêutica visando o alívio do sofrimento, promover processos adaptativos e mudanças a nível comportamental e utilizar instrumentos de análise de interação (baseados em Chalifour, 2008) afim de monitorizar as reações emocionais e respostas comportamentais tanto do cuidador como da pessoa cuidada. O desenvolvimento destas competências relacionais e comunicacionais, que se assumiam como preponderantes para efetivar o projeto a que me propusera, só poderiam ser plenamente desenvolvidas num contexto onde a pessoa é o centro do cuidar, onde a relação é a principal instrumento terapêutico, e onde o profissional se assume, sem subterfúgios técnicos e procedimentais, como interveniente efetivo na relação que estabelece com o cliente. Ao longo do estágio, sempre que se deu o encontro intencional entre mim, cuidadora, e a pessoa cuidada, senti que a “transpessoalidade” que Jean Watson utiliza para adjetivar a relação estabelecida num contexto de cuidados, transcendeu o conceito e foi ganhando corpo em cada momento vivenciado entre ambos. O crescente processo de autoconhecimento em que me encontrava permitiu-me retirar maior benefício, do ponto de vista terapêutico, deste encontro de dois campos fenomenológicos divergentes.

No decorrer deste estágio foram prestados cuidados de ESMP a várias pessoas, no intuito de desenvolver as competências específicas do EEESM. Cedo me apercebi da forte afeção da dimensão espiritual na pessoa com Depressão. O sofrimento Espiritual, que esperava encontrar num segundo contexto, de CP, estava, também aqui, no internamento de Psiquiatria, bastante presente. O sentido de realização deficitário, a desesperança, a ausência de sentido e propósito de vida e a não confiança na transcendência, que tão bem descrevem o sofrimento espiritual, são muitas vezes, o habitat

destas pessoas que se encontram numa profunda depressão, levando-as, em alguns casos, a intentar contra a própria vida.

Alguns indicadores de angústia espiritual assemelham-se aos sinais e sintomas da depressão e embora sejam conceitos diferentes, a depressão é uma experiência profundamente espiritual, porque afeta a pessoa em todo o seu ser e em toda a sua existência (Swinton, 2003). Diversos estudos têm demonstrado a relação entre espiritualidade e patologia psicológica, nomeadamente a depressão (Nelson et al., 2002). Verifiquei o longo do estágio, que apesar dos clientes deprimidos identificarem, numa primeira fase, os problemas comuns da vida quotidiana, como sendo os responsáveis pelo grande sofrimento de que padecem, no decorrer das conversações, acabam por trazer à superfície as questões existenciais que estão nas raízes desses mesmos problemas. Claramente, a pessoa com depressão padece de uma grande sofrimento espiritual e portanto, não é possível ignorar essa angústia existencial nem “(...) os desejos instintivos reprimidos e os fragmentos imperfeitamente sepultados de um passado pessoal trágico” (Yalom, 2007, p. 14).

Assim sendo, com o intuito de entrar em contacto com o domínio da espiritualidade, tendo em vista o desenvolvimento de competências de avaliação e intervenção nesta área, essenciais à implementação do meu projeto, desenvolvi dois estudos de caso de duas clientes com o diagnóstico de Depressão. Esta metodologia permite o conhecimento aprofundado da pessoa em estudo e uma compreensão alargada do fenómeno em causa. É um ponto de partida para o cuidar centrado no cliente. Para o primeiro caso em estudo (Apêndice1), para além do Processo de Enfermagem, Genograma e Ecomapa, delineei ainda, um planeamento de sessões (Apêndice 2) inspirado no acompanhamento de pessoas enlutadas proposto por Chalifour (2009) e nas práticas do domínio da Espiritualidade propostas por Wright (2005). Porém, dada a rapidez com que se processam os internamentos, não foi possível desenvolver as cinco sessões como havia planeado. No entanto, as sessões desenvolvidas tiveram uma avaliação positiva (Apêndice 2). Por considerar de extrema importância atentar na unicidade e globalidade de cada pessoa,

realizei mais um Estudo de caso (Apêndice 3), com o intuito de efetivar as minhas competências de avaliação, diagnóstico, planejamento e implementação de cuidados de Enfermagem. Dado o interesse que a equipa manifestou relativamente à temática do meu Projeto, e face à evidente presença do Sofrimento Espiritual neste contexto, promovi, juntamente com outros profissionais, com trabalho já desenvolvido nesta área, uma sessão de Esclarecimento, com a duração de 1h30m, sobre o Sofrimento Espiritual. Nesta Sessão foram explanados os conceitos de Espiritualidade, Sofrimento, Sofrimento Espiritual, tendo-se dado especial ênfase às intervenções existentes para fazer face ao mesmo. A mim coube-me apresentar o Modelo de Wright e algumas intervenções diferenciadas do domínio da Espiritualidade.

No decorrer do estágio participei ainda nas várias reuniões multidisciplinares, que se efetuaram semanalmente, para discutir a evolução clínica das várias pessoas internadas. Semanalmente, apresentava as intervenções terapêuticas desenvolvidas com os clientes que estava a acompanhar, bem como os resultados obtidos.

Neste Serviço realizavam-se diariamente atividades ocupacionais/terapêuticas com os clientes, tais como:

Quadro 3. Atividades ocupacionais/terapêuticas no internamento de Psiquiatria

	2º Feira	3º Feira	4º Feira	5º Feira	6º Feira
10h30 – 10h45	Orientação para a Realidade	Orientação para a Realidade	Orientação para a Realidade	Orientação para a Realidade	Ateliers
10h45 – 11h45	Biblioterapia	Jogos terapêuticos	Relaxamento/ Exercício Físico	Estimulação cognitiva	Ateliers
11h45 – 12h	INTERVALO				
12h – 13h	Grupo terapêutico	Estimulação Cognitiva	Relaxamento/ Exercício Físico	Reunião Comunitária	Ateliers

Sempre que estive presente participei nas várias atividades terapêuticas desenvolvidas, tendo mesmo chegado a orientar algumas delas. Desenvolvi um

programa de intervenção com a técnica de relaxamento de Jacobson (Apêndice 4), pela necessidade que emergiu após uma reunião multidisciplinar, de incidir mais fortemente sobre o problema da Ansiedade, que fora identificado como um problema premente para aquele grupo de utentes que estava internado. Por sugestão da minha orientadora clínica, para além da sessão de relaxamento que já tinha lugar à 4ªfeira, iniciou-se mais uma sessão à 6ªfeira, das 12h-13h. Mais uma vez, se pôs em prática o Processo de Enfermagem, implementando-se, desta feita, intervenções específicas do EEESM, a técnica de relaxamento de Jacobson e Imaginação Guiada, para fazer face a um problema identificado. No final de cada sessão era feita a avaliação, conforme descrito no Apêndice 4, e os resultados obtidos demonstraram uma diminuição do nível de ansiedade dos participantes. No decorrer dessas três semanas verificou-se uma menor necessidade de recorrer a terapêutica em SOS. Perante resultados tão evidentes, deu-se mesmo uma alteração no Plano de atividades ocupacionais/terapêuticas do Serviço, passando a sessão de 6ªfeira a fazer parte integrante do mesmo.

Foi-me ainda possível assistir a algumas Reuniões Familiares, orientadas pela Psicóloga do Serviço, com recurso a intervenções Psicoeducativas, psico e socio terapêuticas. Isto permitiu-me não só tomar contacto com este tipo de intervenção, como alargar o conhecimento e compreensão relativamente ao contexto social e familiar onde o cliente está inserido. Só desta forma foi possível promover um cuidado adequado às reais necessidades e contextos, facilitando a reabilitação e reinserção psicossocial do cliente.

Fazendo um balanço de todo o trabalho desenvolvido neste contexto concluo que os ganhos obtidos enquanto pessoa e, inevitavelmente, enquanto profissional, foram grandiosos. À luz da Teoria do Cuidar de Watson (2002), a interação com o cliente, permitiu-me: refletir e analisar os meus valores e crenças; promover o comportamento altruísta em relação aos outros; promover o autodesenvolvimento e a autorrealização; desenvolver a técnica de relação de ajuda - confiança; determinar necessidades e promover o meu próprio crescimento.

2.4.2. Estágio – Unidade de Medicina Paliativa

A equipa de Cuidados Paliativos garante apoio e suporte às pessoas internadas no Centro Hospitalar com doenças graves, avançadas e incuráveis, e seus familiares. Esta equipa tem por finalidade prestar aconselhamento diferenciado em cuidados paliativos, podendo prestar cuidados diretos e orientação do plano individual de intervenção aos clientes internados em estado avançado ou terminal para os quais seja solicitada a sua atuação.

Esta Unidade assume como objetivos específicos:

- Realizar apoio clínico, global e interdisciplinar nas dimensões física, emocional, social e espiritual a doentes em ambulatório;
- Realizar apoio clínico aos doentes internados e/ou aconselhamento diferenciado em cuidados paliativos aos serviços do Centro Hospitalar podendo prestar cuidados diretos e orientação do plano individual de intervenção;
- Prestar apoio sob a forma de consultadoria interna e externa aos profissionais que tenham a seu cargo utentes (internados ou não) que necessitem de cuidados paliativos;
- Realizar apoio no Luto;
- Promover a continuidade de cuidados através de encaminhamento para outras estruturas de apoio e/ou outros profissionais;

A escolha deste local de estágio deveu-se ao facto de este ser um serviço onde recaem as mais elevadas expectativas no que respeita à intervenção junto do cliente em fase final de vida e em particular na intervenção dirigida ao seu sofrimento espiritual. Isto deve-se a dois aspetos fundamentais: à conceção de cuidados paliativos e à formação específica dos profissionais que trabalham nesta área. A definição de cuidados paliativos inclui a intervenção dirigida aos problemas espirituais, tendo em vista melhorar a qualidade de vida do cliente e família. Por outro lado, a formação específica em cuidados paliativos de que a equipa dispõe, como condição elementar para a prestação de cuidados, acaba por muni-los de competências particulares.

Neste local de estágio pude implementar o processo de enfermagem à dimensão espiritual do cliente com doença oncológica terminal e verificar as suas vantagens, adivinhando-se logo à partida, uma atuação mais objetiva e sistemática, em detrimento de uma intervenção avulsa e desorganizada. Contudo, foi necessário estar bem consciente do domínio subjetivo desta dimensão, principalmente no que tocava a avaliar a eficácia das intervenções planeadas com o objetivo de resolver problemas identificados.

Numa primeira fase, após a obtenção da autorização da Direção de Enfermagem para o desenvolvimento deste Projeto (Anexo 1), foi feita a apresentação do mesmo à equipa multidisciplinar. Perante os objetivos a que me propus, a equipa discutiu e apresentou os vários clientes com o diagnóstico de 1) Sofrimento Espiritual, 2) Desesperança ou 3) Risco de Sofrimento Espiritual (NANDA, 2012) para, posteriormente, fazer a seleção do grupo alvo. Todos os clientes que entram em contacto com a UMP são sujeitos a uma avaliação inicial de Enfermagem. Alguns dos clientes que evidenciavam estes diagnósticos supracitados estavam já a ser seguidos em consulta de Psicologia e portanto, logo à partida, foram avaliados casuisticamente, de forma a perceber se a intervenção que propunha desenvolver poderia ser contraproducente para o trabalho que já estava a ser realizado. Pôde-se constatar, que só dois dos clientes com estes diagnósticos estavam a ser seguidos em consulta de Psicologia e que para ambos os casos, de acordo com a avaliação da equipa, poder-se-ia implementar a intervenção que apresentara. Para efetuar a seleção do grupo alvo selecionara como critérios de inclusão: Clientes acompanhados na Unidade de Medicina Paliativa; Diagnóstico de doença oncológica; Diagnóstico de Angústia Espiritual, Desesperança e/ou Risco de Sofrimento Espiritual; Idade igual ou superior a 18 anos; Serem conhecedores da sua situação clínica; possuírem condições físicas e mentais satisfatórias (Índice Karnofsky > 60); aceitarem participar (consentimento informado).

Após a aplicação destes critérios selecionaram-se 6 pessoas que reuniam as condições previamente definidas. No entanto, apesar de estabelecido um cuidadoso processo de seleção dos clientes, a doença avançada e terminal é imprevisível, conduzindo, muitas vezes, a um

agravamento repentino do estado de saúde ou a uma diminuição abrupta do tempo de vida de quem dela padece, levando a que alguns destes clientes não tivessem o tempo de acompanhamento desejado. No entanto, dadas estas circunstâncias, houve necessidade de, à partida, definir esta intervenção como individual, de forma a ser possível ajustar cada sessão às reais e prementes necessidades de cada cliente.

Num primeiro contacto foi dado e esclarecido o consentimento informado (Apêndice 5) e explicado no que consistia a intervenção a desenvolver. Após a obtenção dos consentimentos, foram recolhidas, no processo clínico, informações demográficas básicas, tais como, como a idade, estado civil, com quem e onde mora, a existência de filhos, netos ou outros familiares significativos (incluindo os seus nomes e idade), a profissão, os *hobbies*, bem como dados relacionados com a doença atual (diagnóstico, tratamentos médicos, duração da doença). Esta informação serviu para ajudar o profissional a conhecer um pouco melhor a pessoa que tinha à sua frente.

Planificação/Implementação da Intervenção

A intervenção proposta no âmbito do Sofrimento Espiritual da pessoa com doença oncológica em fim de vida assenta no Modelo Trinitário de Wright (2005), mais particularmente, nas práticas do domínio da Espiritualidade propostas pela autora – ligar-se ao sofrimento dos indivíduos; incentivar as narrativas sobre o sofrimento na doença; fazer uso da escuta atenta e presença; compaixão, amor e sentido de ligação; reconhecer o sofrimento e o sofredor e fomentar a Esperança – bem como, nas temáticas que Barbosa (2010) defende serem cruciais de abordar numa intervenção neste domínio (Reconciliação Existencial, Propósito de Vida, Esperança, Legado, Plenitude Existencial e Transcendência). A abordagem destas temáticas é feita utilizando as questões que o autor propõe, relativamente a cada temática, no formato de entrevistas semi-estruturadas (Apêndices 6, 7, 8, 9, 10).

Esta intervenção, centrada na pessoa, coloca a tónica na aceitação individual, através da reinterpretação positiva da vida vivida, na capacidade de mudar a atitude face às dificuldades sentidas, bem como, na procura de fontes

de sentido. Só desta forma seria possível ajudar o cliente a encerrar, de forma positiva, um percurso consigo próprio e com os que lhe são mais queridos, encontrando a Plenitude Existencial.

Quadro 4. Planificação da Intervenção no Sofrimento Espiritual em CP

Sessão	Conteúdos	Duração
1º Vivências da Doença	Aplicação de Escalas Psicométricas; Narrativa da doença e do sofrimento (vivências, medos, necessidades, perdas e estratégias de coping)	1h30min
2º Reconciliação Existencial	Reelaboração das suas experiências na relação com os outros; suporte social; imagem de si próprio; sentimentos de culpa	1h30min
3º Sentido e Propósito de vida	Fontes de sentido na vida vivida; Significado das vivências do presente	1h30min
4º Esperança	Fontes de Esperança na vida passada e no presente; Crenças facilitadoras	1h20min
5º Legado	Reelaboração das experiências de vida para a formulação do seu legado	1h20min
6º Plenitude Existencial	Autoaceitação – feitos conseguidos que contribuem para uma imagem positiva de si; Autoeficácia – capacidades e competências que reconhece, no passado e no presente; posse sobre a sua vida	1h40min

Esta intervenção decorreu em contexto de ambulatório, sendo combinado com cada cliente, as datas de cada sessão consoante a disponibilidade de cada um. Uma vez que os clientes teriam de se deslocar ao hospital, não sendo, para alguns deles, uma logística simples, as sessões eram combinadas em dias em que tivessem exames ou consultas marcadas. O facto da intervenção se desenvolver em ambulatório levantou-me, desde logo algumas questões, nomeadamente no que se relacionava com a qualidade da relação que estabeleceria com estes clientes, sendo esta essencial para o desenvolvimento de um projeto deste âmbito. Sempre trabalhara em contexto de internamento e sentia que a confiança seria mais facilmente conquistada num local onde pudesse prestar cuidados diretos ao cliente e, paulatinamente, demonstrar-lhe que era merecedora da sua confiança. Aqui, o desafio seria

muito maior, tendo de fazer um uso muito proveitoso dos poucos momentos que partilharia com cada um deles. O segredo vislumbrou-se desde logo na capacidade de atentar sobre as especificidades e necessidades particulares de cada pessoa, para que cada sessão se assumisse como uma mais valia face ao que eram os problemas prementes de cada um. O cliente teria de se sentir verdadeiramente acolhido no seu sofrimento, escutado, respeitado e ajudado, para que lhe fizesse sentido dar continuidade aquelas sessões. Só desta forma, poderia justificar a manutenção daquelas pessoas, conscientes da finitude do seu tempo, nesta intervenção que apesar de cientificamente legitimada, se assumia como experiencial naquele contexto.

O planeamento de cada uma destas sessões (apêndice 11) foi realizado no sentido de ajudar a estruturá-las, e não de apresentar esta intervenção como algo rígido e pouco flexível. Sempre que se assumiu como necessário introduzir alguma alteração, esta foi feita no sentido de dar resposta às necessidades prementes que o cliente apresentava. Um destes casos aconteceu logo numa segunda sessão, onde foi necessário pela ansiedade que a cliente apresentava face ao tempo de espera para a realização dos exames que precederam a sessão, a realização de uma sessão de relaxamento, com recurso à técnica de relaxamento progressivo de Jacobson, finalizando com imaginação guiada. Como esta cliente é de origem Cabo verdiana e já me havia manifestada a vontade de regressar à sua terra natal, nesta imagética, foi-lhe proporcionada um retorno às praias do seu país. Os resultados foram surpreendentes: a tensão arterial e a frequência cardíaca diminuíram consideravelmente, e o feedback dado pela cliente foi bem mais concludente do que poderia imaginar, fazendo uso das seguintes palavras, “*Sr.^a Enfermeira, não imagina como me fez feliz*”. Chorou, permitiu-se expressar as emoções e os sentimentos que a invadiam. Eu, permiti-me emocionar-me, tendo sentido que este momento foi crucial para o fortalecimento da relação terapêutica estabelecida. A congruência e a autenticidade permitem-nos assumirmo-nos verdadeiramente na relação com o outro. Já visivelmente menos ansiosa, contou e reelaborou as suas vivências mais marcantes na sua terra natal. Acredito e defendo que o sucesso desta intervenção junto da cliente deveu-se, mais do que ao relaxamento proporcionado, ao facto de esta sentir que as

atenções se focaram nela, na sua história e que houve uma preocupação efetiva com as suas necessidades.

Aos clientes que já haviam sido selecionados, iniciou-se a intervenção proposta. Na 1ª sessão, aplicou-se a entrevista semi-estruturada “Vivências da Doença” (Apêndice 12), que se assumiu de extrema importância, não só para o estabelecimento de uma relação terapêutica, mas, inclusivamente, para uma avaliação bio-psico-socio-espiritual do impacto do diagnóstico de cancro avançado na pessoa. Foi permitido ao cliente que narrasse a sua história de doença e o sofrimento a ela associado. Segundo Wright (2005, p.83) *“(...) o falar, testemunhar e escutar as histórias de doenças em conversações terapêuticas, transformou-se no contexto a partir do qual o sofrimento pode ser reconhecido, primeiramente, e aliviado, posteriormente, quando se inicia a cura. Contar histórias sobre a doença cria a possibilidade de dar sentido ao sofrimento.”*

A avaliação específica de necessidades espirituais, sofrimento, distress, e esperança, foi ainda realizada, através de escalas psicométricas: a Escala de Avaliação de Espiritualidade em contexto de saúde, Pinto (2007); o Inventário de experiências subjetivas de sofrimento na doença, Gameiro e McIntyre (2000) e a Escala de Esperança de Herth, Viana et al. (2010), todas validadas para a população portuguesa. Apesar destas escalas já serem utilizadas neste local de estágio, a utilização das mesmas só se efetivou após a autorização, por parte dos autores, para a sua implementação (Anexo 2).

Instrumentos utilizados

- Escala de Esperança de Herth (Viana et al., 2010): O *Herth Hope Index* foi concebido nos Estados Unidos, em 1992, por Kaye Herth, com o objetivo de avaliar a esperança na fase terminal da vida (Herth, 1992). Trata-se de um instrumento amplamente utilizado no contexto clínico, nomeadamente em cuidados paliativos (Viana et al., 2010). Em 2010 foi traduzido e adaptado para a população portuguesa por Viana et al. (2010), apresentando-se como Escala de Esperança de Herth. Tal como o instrumento original, a versão portuguesa é constituída por uma escala

unidimensional, do tipo *Likert*. A pontuação varia entre 1 (“discordo totalmente”) e 4 (“concordo totalmente”). Após análise da homogeneidade dos itens foi necessário suprimir nesta versão três dos itens originais. Assim sendo, a Escala de Esperança de Herth é constituído por um total de 9 itens, organizados numa única dimensão, podendo a pontuação final variar entre 9 e 36 (Viana *et al.*, 2010). O instrumento final, com 9 itens, apresenta assim uma boa consistência interna (*Alpha de Cronbach* de 0.87), mesmo quando comparado com o instrumento original, cujo *Alpha de Cronbach* foi de 0.94 (Viana *et al.*, 2010).

- Escala de Avaliação da Espiritualidade em Contexto de Saúde (Pinto & Pais-Ribeiro, 2007): Esta escala foi desenvolvida por Pinto & Pais-Ribeiro (2007) com o propósito de avaliar a espiritualidade no âmbito da doença crónica, nomeadamente em oncologia. Trata-se de uma escala composta por cinco itens: crenças espirituais/ religiosas, fé, esperança, otimismo e valorização da vida. Apesar de simples e pequena, não apresenta redundâncias o que permite uma boa aceitação e compreensão da parte dos inquiridos (Pinto & Pais-Ribeiro, 2007). As respostas, dadas numa escala de *Likert*, podem variar entre “não concordo” (1), “concordo um pouco” (2), “concordo bastante” (3) e “plenamente de acordo” (4), (Pinto & Pais Ribeiro, 2007). Após análise fatorial, e tendo em conta as dimensões vertical e horizontal da espiritualidade, os autores dividiram a escala em duas partes. A primeira subescala, designada por “Crenças”, é constituída pelos dois itens iniciais e reporta-se à dimensão vertical da espiritualidade. A segunda, denominada “Esperança/ Otimismo”, refere-se à dimensão horizontal, incluindo os três itens restantes (Pinto & Pais Ribeiro, 2007). A cotação de cada subescala é feita com base na média aritmética dos itens das mesmas, segundo a fórmula (Pinto & Pais-Ribeiro, 2010): Crenças = $(Esp1 + Esp2) / 2$; Esperança/ Otimismo = $(Esp3 + Esp4 + Esp5) / 3$. Deste modo, quanto maior for a cotação obtida em cada item, maior será o nível de concordância com a dimensão avaliada (Pinto & pais Ribeiro, 2010). O *Alpha de Cronbach* global foi de 0.74. Na subescala “Crenças”

obteve-se um *Alpha* de 0.92 e na subescala “Esperança/ Otimismo” um *Alpha* de 0.69 (Pinto & Pais Ribeiro, 2007).

- Inventário de Experiências Subjetivas de Sofrimento na Doença (McIntery & Gameiro, 1997): Este instrumento foi construído pelos autores no sentido de "avaliar a experiência de sofrimento do doente, enquanto estado de desconforto psicológico e de sobrecarga de emoções negativas ("distress"), tendo em conta os diversos domínios da pessoa como ser biopsicossocial, consciente de si e vivendo com angústia a sua condição existencial de fragilidade e finitude que a situação de doença, naturalmente, hipostasia" (Gameiro, 1999:114). A escala é constituída por 44 itens, organizados por cinco dimensões e temáticas do sofrimento: Sofrimento Psicológico, Sofrimento Físico, Sofrimento Espiritual/Existencial, Sofrimento Sócio-Relacional e Experiências Positivas do Sofrimento. Pela Especificidade do projeto ir-se-á utilizar somente os itens relacionados com o Sofrimento Espiritual/Existencial e Experiências Positivas do Sofrimento, 16 itens (Ex: "Sinto que pouco posso esperar do meu futuro"), três para alterações da identidade pessoal (28, 30, 35), três para alterações do sentido de controlo (13, 16, 36), cinco para limitações existenciais (4, 15, 21, 27, 40) e cinco para limitações no projeto de futuro (8, 26, 29, 37, 42). Os itens 26 e 42, classificados racionalmente como experiências de capacidade de investimento num projeto de futuro e de esperança, foram simultaneamente integrados na dimensão das experiências positivas de sofrimento e, na sua cotação inversa, na dimensão do sofrimento Espiritual/Existencial. Os resultados obtidos pelos autores, com este instrumento, confirmam a natureza multidimensional do sofrimento em situação de doença. Para a medição do sofrimento Espiritual/Existencial, relativamente a cada item, os inquiridos respondem numa escala tipo Likert de 1 a 5 pontos (invertida no caso das experiências de "não sofrimento", ou seja, de 5 a 1 pontos, itens apresentados anteriormente). Assim, o score máximo da escala que avalia a dimensão do Sofrimento Espiritual/Existencial é de 80 pontos e o mínimo de 16 pontos.

Sem uma adequada avaliação prévia é difícil encetar um projeto de ajuda pertinente, ou seja, uma intervenção que vá ao encontro das reais necessidades e preocupações/medos do cliente. Após a aplicação da primeira entrevista semi-estruturada e após a aplicação das escalas anteriormente referidas, foi possível fazer uma avaliação inicial (Apêndice 13), identificando as perdas (a nível biofísico, emocional e psicológico, social, espiritual, intelectual); representações ou perspectivas a respeito da morte; medos; medos específicos associados à morte; significado da vida; sentido da vida; modalidade do sofrimento psicológico; modalidade do sofrimento relacional; modalidade do sofrimento físico; modalidade do sofrimento existencial/espiritual; significado do sofrimento; sentido do sofrimento; transformações/experiências negativas do sofrimento; capacidade de suportar o sofrimento comparativamente ao que se presumia ser capaz antes de adoecer; necessidades relacionadas com a doença; necessidades sócio-familiares e culturais; necessidades espirituais/existenciais; necessidades psicológicas e emocionais; estratégias de coping implementadas. No final deste primeiro encontro, os clientes demonstraram satisfação pela oportunidade de exporem as suas vivências, medos e preocupações. Esta entrevista, para além de se apresentar como um método de recolha de dados, assumiu ainda uma vertente terapêutica, uma vez que se apresentou como facilitadora da comunicação e expressão dos sentimentos e emoções, num contexto que primou pela escuta ativa, respeito caloroso, empatia e validação de sentimentos. A possibilidade destas pessoas narrarem as suas experiências e o seu sofrimento, assumiu-se como benéfica, uma vez que, “Quando o sofrimento está submerso e não é admitido, reconhecido, este inflama como uma ferida que corrói o espírito da pessoa.” (Wright, 2005,p.35). Face a esta avaliação inicial, foi ainda possível perceber a presença de conflitos existenciais e dos sentimentos de Isolamento, vazio e ambivalência existenciais. Terminada esta primeira avaliação constatou-se que, a maior parte dos clientes, manifesta um forte sentido de impotência do futuro e a subsequente noção de incapacidade de corrigir erros do passado, que acabam por despoletar sentimentos de culpa, vergonha ou remorso. Ficou bem patente a discrepância entre o futuro idealizado e a realidade, que se traduz na doença, a qual, por seu turno, constitui uma ameaça antecipada ao sentido da vida. A

avaliação negativa do presente, que foi efetuada, na maioria dos casos, acabou por resultar em desapontamento, infortúnio ou desgraça, enquanto a falta de esperança arrastou consigo a perda de vontade de investir no futuro. Quando a pessoa não encontra sentido na vida que viveu e no tempo que lhe resta, a existência transforma-se num tormento, que inquieta e desmoraliza, sendo permeada por sentimentos de vazio e/ou de frustração existencial (Frankl, 2010). Neste primeiro encontro desvaneceram-se alguns dos medos que eu sentia relativamente ao impacto que a intervenção teria nos clientes. A relação que se iniciava, com cada um deles, estava a assentar em bases sólidas, naqueles que são considerados por Chalifour (2008), as atitudes a adotar pelo profissional para o estabelecimento de uma relação de ajuda (compreensão empática, respeito caloroso, autenticidade, compaixão e esperança).

Já munida de um conhecimento aprofundado de cada cliente, deu-se início à 2ª sessão. Nesta foram exploradas questões relacionadas com o domínio da relação com os outros, suporte social, sentimentos de culpa e projetos truncados. Relativamente à resolução de assuntos pendentes ou projetos inacabados, ressalta a necessidade do enfermeiro promover uma escuta ativa do cliente, da sua narrativa de vida, quer seja ele próprio veículo recetor, como aconteceu nesta sessão, ou promovendo a escuta por parte de um voluntário ou familiar (Hermann, 2007). No final das sessões, foi possível constatar que grande parte da angústia face à iminência da morte decorre da incomensurável desilusão das tarefas inacabadas. Os clientes que enumeraram mais projetos truncados eram aqueles que se demonstraram em maior sofrimento. E é precisamente porque a vida é percecionada como incompleta que a morte se afigura como um abismo. O que é difícil para certas pessoas é morrerem sem terem, na verdade, vivido intensamente (Hennezel, 2005). Ficam frases como: “(...) *deixo tanto ainda por viver*”; “*A vida não me deu tempo nem oportunidades para fazer tudo aquilo que deveria ter feito*”; “(...) *tenho que me desculpar com tanta gente que não sei se o conseguirei fazer*”.

Na 3ª Sessão, foram abordadas as questões do Sentido e Propósito de Vida. Foi possível constatar que a perda progressiva de papéis, que advém particularmente, da debilidade física, imposta pela doença, se assume, para a

maioria dos clientes, como uma ameaça à sua dignidade. Perante isto, a intervenção foi no sentido de ajudar o cliente a alocar o grande investimento que faz nas atividades físicas, para o desempenho a nível relacional e espiritual, afim de o ajudar a manter o sentido de utilidade e de propósito de vida. A procura de um significado nas experiências de vida, a identificação de momentos de particular relevância do seu passado e a reelaboração desses mesmos momentos, assumiu-se de particular relevância para todos os clientes. Todos eles demonstraram muita satisfação na revisão destes momentos da sua vida, “(...) *já vivi momentos de grande felicidade*”, “(...) *é tão bom lembrar-me do nascimento dos meus filhos*”, “(...) *até tive bastantes momentos agradáveis na minha vida*”.

Na 4^o sessão, abordaram-se as questões relativas à Esperança. Segundo Chochinov (2011, p.18) “ Em condições normais, a esperança está ligada às expectativas projectadas num futuro que se assume existir. Perante a doença, a esperança é remodelada entre o que se perdeu e o tempo que é concedido para viver (...)”. Apesar de todas as perdas associadas à doença, o sentimento de desesperança não é generalizado. Foi possível verificar que os clientes com maior sentido e propósito de vida, também se demonstravam mais esperançosos face à sua vida e ao seu futuro, expressando mais razões para viver. Aqui ficam algumas palavras de uma cliente que reelaborou os seus objetivos de vida face às limitações impostas pela doença: “*Não tenho Esperança de viver muito mais tempo. Aprendi muita coisa na minha vida, talvez pudesse ter aprendido muito mais (...). O que espero da vida? O que ela ainda tiver para me dar. O maior ensinamento que levo, é o de que cada dia é um presente de Deus e deve ser aproveitado como tal. Espero acabar os bordados que estou a fazer para o casamento da minha neta e espero vê-la subir ao altar em junho*”.

Na 5^a sessão, foi feita uma revisão das aprendizagens, dos feitos significativos e das causas pelas quais o cliente se bateu, de forma a ajudá-lo a construir o legado. O legado representa em si o firme desejo de realizar algo que sobreviva à própria morte, que immortalize as vivências de uma vida e que se projete nas gerações vindouras. Tornou-se perceptível que muitos clientes

estimulam intuitivamente o seu sentido e propósito de vida, com a narrativa verbal das suas vidas, com a revisão dos feitos e contributos, que são o legado que deixam às pessoas que lhes são próximas, *“Todos os dias relembro os meus filhos da importância de viverem a vida, não se preocuparem com questões menores. A mensagem que lhes deixo é a de que todos nós temos a missão máxima de sermos felizes. Ainda hoje luto por isso (...). Sei que se lembrarão sempre do meu sorriso (...) esta é a imagem com que ficarão”*.

Na 6ª e última sessão, abordaram-se as questões relacionadas com a auto-aceitação e a auto-eficácia, tendo em vista a Plenitude Existencial. A intervenção é desenvolvida no sentido de facilitar a aceitação da vida vivida, enaltecendo os feitos mais significativos, e acima de tudo, a aceitação da pessoa que é. O sentimento de satisfação, resultante do orgulho próprio, pode significar um ato de justiça para consigo mesmo, uma energia que impulsiona a evolução individual, rumo a um projeto adaptado às novas circunstâncias. Pretende-se promover o sentimento de autonomia, de controlo da sua própria vida, muito para além da debilidade física. Aqui ficam algumas palavras de um cliente que revelam o seu caminho ao longo desta intervenção: *“Aprendi a dar valor ao presente, a apreciar melhor a vida. Não sei se ainda se lembra de me ter falado num livro, o Escafandro e a Borboleta?! Pois bem, li-o. Sabe, às vezes não precisamos de estar doentes para perdermos o controlo da nossa vida. Levamos tempo demais enclausurados em escafandros, por razões de tal forma absurdas, que nem são nomeáveis. Porque de facto não se concebe a ideia de que o tempo seja finito, acreditamos ser imortais. No meu caso, foi a doença que me deu asas, libertando-me das insignificâncias da vida que teimamos sobrevalorizar. Hoje sei que o meu tempo vai chegar ao fim, que houve muita coisa que poderia ter feito diferente, mas sabe que mais?! Eu fui o que pude ser, mas a partir de agora, serei o que realmente quero ser”*.

Dos seis clientes que constituíam o grupo alvo, só 3 completaram as 6 sessões, 1 deles participou em 5 e 2 participaram em 3 sessões. O motivo de abandono deveu-se, em todos os casos, a complicações clínicas que inviabilizaram a restante intervenção, tendo 1 destes clientes, falecido no decorrer deste processo. Esta complicação na seleção do grupo alvo corrobora

com a realidade investigacional mundial na área de CP. Os clientes são referenciados para esta Unidade já numa fase muito avançada da doença, com um declínio funcional e cognitivo marcados, sintomas descontrolados, sendo estes os fatores apontados na literatura como os responsáveis por condicionarem a adesão dos clientes a este tipo de intervenções (Pautex *et al.*, 2005; Mills *et al.*, 2006).

Chegados ao final da intervenção, assume-se como preponderante um balanço de todo o processo no sentido de perceber se os objetivos propostos foram consumados. Govier (2000) assume a dificuldade em avaliar o efeito dos cuidados no domínio da Espiritualidade, uma vez que estes não se enquadram facilmente numa simples questão de causalidade. No entanto, o próprio defende que é através da percepção que o cliente detém dos efeitos que as ações implementadas tiveram sobre si mesmo, que é possível validar a eficácia das mesmas. Assim sendo, a avaliação da intervenção foi composta por três momentos: na 1ª sessão, no final de cada sessão e na última sessão.

1º sessão: Foram aplicadas as escalas Psicométricas (anteriormente mencionadas) e uma Entrevista semi-Estruturada que permitiu identificar as perdas, medos, vivências, representações da morte, sentido de vida, necessidades e estratégias de coping.

Em cada sessão: O cliente realizou uma avaliação qualitativa, tendo feito um balanço do vivenciado e sentido ao longo da sessão.

Na última sessão: Aplicação das mesmas escalas Psicométricas que foram aplicadas na 1ª sessão. O cliente realizou um balanço do que experienciou ao longo de todo este processo, como se foi sentindo no decorrer da intervenção e como se sentiu no final. Que ganhos considera ter obtido e o que gostaria que tivesse sido feito de forma diferente.

Tendo em conta a intervenção implementada, consideraram-se os seguintes resultados de Enfermagem (NOC) como os expectáveis:

- Ajuste Psicossocial: Mudança de vida
- Esperança

- Morte Digna
- Bem-Estar Espiritual
- Qualidade de vida

Terminada a intervenção e fazendo um balanço da mesma, é possível constatar que foi dado a cada cliente um papel ativo e de comando sobre a sua própria narrativa, no conto e reconto da sua história, tendo sido permitido a cada um a possibilidade de dar um sentido às suas vivências. Neste processo o cliente acabou por assumir o controlo da sua vida, sentindo-se capaz e auto-suficiente no domínio da sua biografia. Os três clientes que completaram as 6 sessões, ao reverem-se a eles próprios em todo este percurso, confirmaram o fortalecimento da crença neles próprio, no mundo onde estão inseridos e, sobretudo, num sentimento de transcendência do físico e material; *“Descobri uma nova força dentro de mim, acho que finalmente me encontrei comigo mesmo. Dei asas à borboleta e libertei-me do Escafandro (...) e mesmo sentindo que não posso alterar acontecimentos passados, sinto-me em paz com a minha vida. Às vezes lamento não ter tido esta perceção mais cedo (...) mas agora não tenho desculpas para não viver plenamente”*.

No que se relaciona com a temática da Esperança, foi possível constatar que os clientes, entregues à certeza de um prognóstico diariamente mais encurtado, ao longo desta intervenção, foram projetando a sua esperança muito para além da convicção numa cura, elevando o seu desejo mais profundo para o mundo e para aqueles que mais estimam. A crença de que as suas vivências se possam transformar num legado para os que ficam e a assumpção da responsabilidade pelos feitos de uma vida, fortaleceram o sentido e propósito de vida e o sentimento de Esperança face aos dias que lhe restam. Tal foi possível validar através dos resultados obtidos com a Escala de Esperança de Herth (Viana et al., 2010), que revelaram um aumento dos níveis de Esperança dos três clientes. Estes dados foram ainda reforçados pelos resultados obtidos na Escala de avaliação da Espiritualidade em contexto de saúde (Pinto & Pais-Ribeiro, 2007), tendo a dimensão horizontal da Espiritualidade, “Esperança e Otimismo”, revelado aumentos significativos. Já a dimensão vertical, “as crenças”, revelaram um aumento muito ligeiro, para um

dos clientes comparativamente com a dimensão anterior. Este cliente é ateu e a primeira questão da escala refere-se ao peso das crenças religiosas na sua vida, tendo pelo motivo já enumerado, o cliente em questão, dado a cotação mínima a este item. Para os outros clientes, ambas as dimensões revelaram um aumento considerável. No que se relaciona com a aplicação da Dimensão do Sofrimento Espiritual do IESSD (McIntery & Gameiro, 1997), os resultados obtidos revelaram uma ligeira diminuição do sofrimento Espiritual.

Na 4ª sessão (“Legado”) com a criação de uma carta para deixar aos entes queridos e com a intensificação da ideia de que as aprendizagens e feitos da sua vida deveriam ser passados para os restantes, incentivando a continuação e a sobrevivência após a morte de quem se ama, ajudou a reforçar o sentido e propósito de vida de cada cliente. Também ficou bem patente o seu efeito positivo no aumento da Esperança, pela possibilidade real e presente de ainda ter um forte contributo na vida dos que o rodeiam.

Esta intervenção assumiu como principais objetivos o aumento do sentido e propósito de vida e o aumento do bem-estar espiritual, pela aceitação da vida vivida, das realizações pessoais, da relação com o próprio e com os outros. Para os três clientes que completaram as 6 sessões, estes resultados foram atingidos. Para todos os outros, fica a certeza da importância que as diferentes sessões tiveram para cada um deles, através da avaliação, feita pelos próprios, no final de cada sessão. Estes momentos que viabilizaram a narrativa da doença e do sofrimento, funcionaram como momentos catárticos, permitindo-lhes a expressão de emoções, sentimentos e pensamentos associados a estas vivências penosas. Como fora referido por um dos clientes: *“É a primeira vez que falo disto, desta forma (...) as pessoas não querem ouvir estas coisas. São duras de se ouvir. Mas fazem bem serem deitadas cá para fora”*.

O reconhecimento da importância da intervenção implementada, por parte dos clientes, deveu-se, mais do que a qualquer outro aspeto, à particular atenção que foi dada a cada um deles, tendo-se desenvolvido um verdadeiro cuidar centrado na pessoa. Desde início, houve uma preocupação em acautelar que esta abordagem sistematizada e objetiva não se transformasse

num sistema rígido, demasiado mecanizado e pouco flexível. A espiritualidade é uma dimensão que engloba toda a singularidade e globalidade da pessoa, e nessa medida, a intervenção neste domínio deverá ser adaptada às circunstâncias particulares de cada indivíduo. O enfermeiro, no contacto com o outro, ao longo do estabelecimento de uma relação terapêutica, depara-se de imediato com a sua realidade única, à qual tem que dar resposta, sendo, para o efeito, fundamental o papel da intuição. Govier (2000) defende a aplicação do processo de enfermagem na organização de cuidados dentro da esfera da espiritualidade do cliente e das suas necessidades espirituais. No entanto, o mesmo autor não erradica a utilização da intuição, tão importante neste domínio. Esta intuição, assente num conhecimento aprofundado de cada cliente, permitiu uma intervenção ajustada às reais necessidades de cada um deles. A Escuta Ativa assumiu-se aqui como um instrumento valioso ao longo de todo o processo. Escutar é uma atitude ativa e intencional, não se referindo ao simples ato de ouvir. Relaciona-se com a assimilação/interpretação da comunicação verbal e não verbal do cliente, implicando uma descodificação daquilo que é ouvido e daquilo que é visto (Lazure, 1994). A comunicação não verbal assumiu, neste contexto, particular acutilância, uma vez que, “... a linguagem corporal, não sabe mentir porque na maior parte das vezes é involuntária por ser inconsciente.” (Lazure, 1994, p. 105). Sendo cada momento precioso para o estabelecimento de uma relação de confiança e sendo a congruência e a autenticidade essenciais para o estabelecimento da mesma, a comunicação não verbal, foi, muitas vezes, o propulsor e intensificador desta mesma relação. Ao longo desta intervenção pude constatar que Escutar a dimensão espiritual do cliente, é sobretudo estabelecer uma ligação com a sua realidade mais profunda e pessoal. O sucesso desta intervenção, refletida nas palavras dos clientes, deveu-se ao facto de estes se terem sentido verdadeiramente escutados, respeitados, acolhidos no seu sofrimento e valorizados enquanto pessoas. Ficam algumas palavras finais de alguns clientes: *“Senti que houve sempre uma enorme preocupação comigo. Reavivei memórias que há muito esquecera (...) Isto parece absurdo mas, na verdade, tendemos a valorizar o negativo. As coisas boas que vivemos, com o tempo, vão sendo apagadas (...) isto só foi possível graças à atenção e interesse que me dedicou”. “Aqui falei do melhor e do pior da minha vida e em ambos os*

momentos senti um grande alívio. Acho que nunca tinha falado a ninguém do meu sofrimento. Não sei se por não querer preocupar os outros, se por achar que eles não querem ouvir estas tristezas.”

Ao longo de todo este processo, a intervenção e os resultados obtidos foram sendo discutidos junto da equipa multidisciplinar, não só no sentido de haver uma supervisão de toda a intervenção empreendida, mas acima de tudo, de verificar se seria pertinente uma abordagem de qualquer outro membro da equipa (psicólogo, médico, assistente social). No final, foram facultados à equipa os dados obtidos com o trabalho desenvolvido, no sentido de favorecer a continuação dos cuidados.

Auto-conhecimento: Ferramenta central nos CP

Para a concretização deste Projeto foi essencial o desenvolvimento de um elevado conhecimento e consciência de mim mesma, enquanto pessoa e Enfermeira. A não aquisição desta competência específica do EEESM inviabiliza qualquer intervenção neste âmbito.

Na perspetiva de Goleman (2005), a Autoconsciência é a pedra basilar da Inteligência Emocional, revelando o conhecimento de si e a perceção da forma como os próprios sentimentos afetam os outros. Foi o desenvolvimento desta competência que me permitiu gerir o impacto de mim própria na relação terapêutica, tomando consciência dos fenómenos de transferência, contratransferência, impasses ou resistências. Goleman (2005) proferiu que ter Autoconsciência emocional “significa conhecer os nossos estados internos, preferências, recursos e intuições” (p.34), sendo esta capacidade que nos permite decidir em consonância com os nossos valores. A capacidade de autoavaliação, que deriva de um bom conhecimento pessoal, assume aqui, igualmente, um papel de destaque. Por precocemente ter percebido a importância e o potencial que possuímos enquanto *instrumentos terapêuticos* na relação com o outro, investi num processo de tomada de consciência de mim mesma. Nesse sentido, iniciei Psicoterapia Psicanalítica, com vista a aumentar o autoconhecimento, a ampliar o meu campo do pensamento, a potenciar-me enquanto ser no mundo e a definir claramente o sentido e

propósito da minha existência, enquanto pessoa e conseqüentemente, enquanto profissional. Para o desenvolvimento destas competências contribuíram igualmente, no decorrer dos estágios: a análise crítica do meu desempenho pessoal, a realização de reflexões críticas acerca dos meus estados internos e recursos pessoais mobilizados na relação terapêutica e a discussão das mesmas com o Professor orientador e Orientadores Clínicos.

Ao longo dos anos tenho vindo a tomar consciência de que acompanhar a pessoa em fim de vida é um processo altamente ansiogénico e angustiante. O enfermeiro é, ele próprio, um *ser-para-a-morte* (Heidegger, 2008), com dificuldade em aceitar a realidade da sua condição humana. Efetivamente, a morte gera uma espécie de clivagem do ego, uma vez que coexistem dois pensamentos antagónicos entre si: “Morrer existe, a morte não existe”. A pessoa detém consciência cognitiva de que a morte é uma inevitabilidade da vida, mas paralelamente, tem dificuldade em aceitar esta verdade irrefutável, atemorizada com a negação de si própria e de tudo aquilo que preza - para o inconsciente a morte é irrepresentável (Hennezel, 2006).

Ao confrontar-se com o sofrimento e a morte, o enfermeiro toma consciência da finitude da sua própria existência, identifica-se com o cliente, angustia-se e sofre. É neste sentido que emerge de forma mais intensa o sentimento da sua condição de mortal, impondo-se a questão: “Que sentido tem, então, a minha a vida?” (Hennezel, 2005, p.5). É por nos remeter, irremediavelmente, para as questões essenciais que, habitualmente ocultamos que a morte nos angustia e atemoriza tanto (Hennezel, 2005). Face a esta angústia, os profissionais de saúde assumem uma postura fria e distante, que lhes permite, de certa forma, viver o desgaste constante de uma profissão que implica um incessante contacto com a dor, o sofrimento e a morte. Dada a impossibilidade de cura, resta-lhes a repressão dos sentimentos, o distanciamento emocional, como mecanismos de defesa, de forma a evitarem o contacto com esse sofrimento, uma vez que este lhes alega, perentoriamente, a impotência humana face à morte. Por diversas vezes, os profissionais de saúde projetam-se nos seus clientes, sentindo os seus receios e revelando-se nas suas insuficiências e dúvidas e, paulatinamente, se vão apercebendo de

que a morte do outro reativa o medo da própria morte. Face a estas dificuldades, difíceis de ultrapassar, gera-se portanto, um vazio assistencial e relacional em torno daqueles que vão morrer, o que se revela contraproducente face às suas necessidades afetivas (Barbosa, 2010).

A tomada de consciência de todos estes medos e angústias proporcionou-me uma longa jornada exploratória pela minha espiritualidade, permitindo-me responder a várias questões existenciais que há muito me intrigavam. Puchalski (2012) afirma que é fundamental, a quem aborda as necessidades espirituais junto dos clientes, ter de lidar com a sua própria espiritualidade e estar em contacto com ela. Barbosa (2010) salienta ainda que, para os profissionais de saúde conseguirem lidar com o sofrimento dos outros sem se magoarem – *Compaixão Saudável* – estes deverão deter “(...) consciência de si próprios nas áreas física, social e espiritual” (p.621). Segundo o mesmo autor, dois pressupostos essenciais para avaliar o sofrimento espiritual são: ter feito um caminho espiritual pessoal e estar em contacto interno com a sua própria espiritualidade, percebendo quando se fica vulnerável ou fortalecido. Este nível de autoconhecimento assume-se como essencial para o profissional de saúde desenvolver uma intervenção nesta área. Pude perceber, ao longo de todo este processo, que sem um elevado nível de consciência de mim mesma e sem um percurso feito pela minha própria espiritualidade, a minha intervenção junto daqueles que vivem a fase final das suas vidas, continuaria a ser fugaz e pouco efetiva. Este distanciamento das questões que me são particularmente melindrosas, na tentativa de me repelir do sofrimento que delas emana, gerava em mim uma angústia, igualmente perturbadora, aquando da tomada de consciência desta fuga, pelo comprometimento dos imperativos éticos e morais da profissão. Para combater estes sentimentos paradoxais que me dominavam percebi, ao longo de vários anos de prática e reflexão sobre a mesma, que o caminho, para fazer face a tais lacunas, teria de se iniciar em mim, mais particularmente, dentro de mim. Só aumentando o nível de autoconhecimento poderia perceber os mecanismos internos que me repeliam de tais situações, tomar consciência de como me apresentava face às mesmas e assumir uma postura de “compaixão saudável”

que me permitisse acompanhar as pessoas em sofrimento sem sofrer intensamente com as vivências das mesmas.

O aprendizado de Marrie de Hennezel (2005) é de que acompanhar uma pessoa na sua fase final de vida ensina-nos a viver de forma mais consciente e intensa, dando-se primazia ao afetivo, em detrimento do efetivo. Este aprendizado mudou irremediavelmente a minha forma de ser e estar, influenciando, conseqüentemente, a profissional que hoje sou.

CONCLUSÃO

Finalizado o trabalho, poder-se-á afirmar que este, no que concerne à prática e à gestão de enfermagem, teve um forte contributo para uma maior compreensão da forma como a pessoa com doença oncológica em fim de vida vivencia o sofrimento espiritual. Esta compreensão, resultante de uma avaliação inicial aprofundada (medos/preocupações, perdas, necessidades, representações, modalidades de sofrimento e estratégias de coping adotadas), bem como, de uma incursão pela espiritualidade do cliente, permitiu a sistematização das ações de enfermagem nesta área concreta, facilitando o planeamento de cuidados. Isso proporcionou uma maior adequação da intervenção desenvolvida às reais necessidades dos clientes, melhorando a qualidade da assistência às pessoas em fim de vida. O Sofrimento psicossocial e Espiritual, enquanto produtos da doença progressiva e incurável, impõem um cuidar global e holístico da pessoa doente, visando a transcendência da mesma. Cada indivíduo é, como ficou bem patente no relatório, um todo integrado, sendo portanto imperativo, organizarem-se programas flexíveis e elaborados à unicidade e globalidade de cada cliente. Neste sentido, reveste-se ainda de igual importância o desenvolvimento de intervenções preventivas, que ocorram numa fase precoce de diagnóstico de doença oncológica terminal, com o intuito de facilitar o ajustamento das expectativas e ajudar a integrar as perdas. Quando esta intervenção não ocorre, sendo esta a situação mais comum entre os participantes desta intervenção, o sofrimento é exacerbado.

O trabalho realizado deu resposta aos objetivos a que me propusera na medida em que permitiu conhecer os significados e vivências do sofrimento espiritual da pessoa com doença oncológica em fim de vida; possibilitou a identificação das expressões de sofrimento, dos fatores desencadeantes e dos fatores de alívio, bem como, das necessidades daquele que padece de uma doença terminal; favoreceu ainda a implementação e avaliação de intervenções clínicas, de âmbito psicoterapêutico, à pessoa com doença oncológica em sofrimento espiritual. Todo este processo propulsionou o meu autoconhecimento e conseqüentemente, a crescente tomada de consciência de mim mesma na relação terapêutica, tendo-me permitido melhorar a minha

prestação enquanto cuidadora e desenvolver competências específicas de EEESM.

A realidade de grande complexidade que este relatório faz emergir, no que se relaciona com o acompanhamento da pessoa em fim de vida, vem corroborar a importância da atuação do EEESM nesta área, dada a prevalência de questões psicossociais e espirituais que atormentam os clientes com doença terminal. A posição única existencial em que se encontra a pessoa em fim de vida impõe ao profissional competência para executar uma avaliação abrangente do estado de saúde mental (fatores promotores e protetores de bem-estar, capacidades internas do cliente e recursos externos para manter e recuperar a saúde mental e o impacto do problema na qualidade de vida), bem como, competência para desenvolver uma intervenção de âmbito psicoterapêutico, que responda às reais necessidades do cliente. O foco dessa intervenção deverá assentar nas mudanças a curto prazo (reestruturação e revitalização das potencialidades do cliente), em detrimento das mudanças a longo prazo. Neste sentido, foi utilizada uma abordagem centrada no cliente, que assume, neste contexto, a particular missão de ajudar o cliente em fase terminal a viver uma vida tão completa quanto possível, face à morte. Para o conseguir, assumiu-se como essencial, que o profissional confiasse nos recursos do cliente, fomentasse as suas qualidades e potencialidades, a sua capacidade de fazer face às dificuldades, tentando, assim, mobilizar a vontade do cliente para viver, incentivar o crescimento e a expressão de si e, consequentemente, facilitar a sua auto-realização (Bermejo, 1995). Será ainda de salientar que um indivíduo em sofrimento necessita de contacto, de um Outro que o escute, de uma linguagem que o consiga conter, permitindo que esse sofrimento possa ser pensado num sistema simbólico, coerente, para que essa dor possa ser sentida, tolerada e, consequentemente, aliviada (Fleming, 2003). Quanto mais facilitada for a expressão emocional (necessidade expressa pelos doentes terminais neste relatório) maior será a probabilidade de aliviar o sofrimento. A oportunidade de abordar a questão da morte, apesar do desconforto que daí emana, facilita ao cliente a mobilização de esforços no sentido de se organizar mentalmente face à mesma.

Importa ressaltar que as vivências subjetivas reais em que assenta toda a intervenção desenvolvida, são de uma densidade humana incomparável, uma vez que descrevem a mais profunda e avassaladora das experiências humanas, indo ao âmago do sofrimento, temores e esperanças, no diálogo entre a vida e a morte. No entanto, como em CP não se pode dissociar o cliente da sua família, teria sido igualmente importante avaliar o sofrimento global da família ou outras pessoas significativas.

Perante a análise das necessidades expressas pelos clientes, verificou-se uma considerável necessidade de verbalizar ou expressar, livre e abertamente, as suas emoções, vivências e sentimentos. Assim sendo, julgo que seria de elevada pertinência o desenvolvimento de intervenções de grupo para esta população. Os grupos de ajuda constituem-se como espaços, por excelência, onde a expressão livre predomina. Estes assumem-se como uma oportunidade para os participantes estabelecerem novos laços, tendo sido também esta, uma necessidade evidenciada por alguns dos clientes. Ao ajudar o outro, a pessoa ajuda-se a si própria, pois ao verificar os bons resultados do seu contributo, internaliza-os e sente-se ajudada. Isto contribui para minorar o sentimento de impotência e inutilidade, amplamente expresso pela pessoa com doença progressiva incurável.

A integração da Filosofia de Cuidar dos CP nos cuidados de saúde gerais assume-se como essencial, até porque a qualidade assistencial consubstancia-se também na qualidade relacional e comunicacional. E por esse mesmo motivo, desenvolvi um Plano de Formação que permitirá à equipa do Serviço onde desempenho funções, ter acesso aos Princípios em que estes cuidados assentam. No entanto, e por já ter ficado bem evidente, que não só os défices de conhecimento teórico contribuem para a fraca intervenção junto do cliente em fim de vida, tendo particular relevância neste caso, os medos e vivências dos próprios profissionais de saúde, este Plano de Formação contempla reuniões de equipa (com apoio do psicólogo do Serviço). Estes grupos de discussão permitirão servir como válvula de escape, atentando e discutindo a contratransferência no cuidado à pessoa em fim de vida. Isto permitirá aos profissionais elaborarem os seus próprios temores, pensamentos

e sentimentos, o que capacitará a equipa de saúde a propiciar aos clientes maior securização emocional. De forma a sistematizar os vários conhecimentos adquiridos e a facilitar a percepção do Enfermeiro face ao sofrimento espiritual da pessoa que padece de uma doença oncológica incurável, está já em execução uma checklist: "Percecionando o sofrimento espiritual em Fim de Vida". Este instrumento irá assentar nas expressões, nos fatores desencadeantes e nas reais necessidades da pessoa que sofre, servindo como um guia na avaliação inicial das necessidades Espirituais do doente em fase terminal.

Face à incidência e prevalência da doença progressiva e incurável na nossa sociedade, será de primaz importância focarmo-nos nestas problemáticas e desenvolver investigação nesta área. Após a execução deste relatório e face à escassez de investigação na área do sofrimento espiritual da pessoa que padece de uma doença oncológica terminal, identifico como premente a necessidade de desenvolver estudos que investiguem os resultados das intervenções de enfermagem para o alívio do sofrimento e para a melhoria da qualidade de vida destas mesmas pessoas. A experiência vivenciada demonstrou-me que é possível teorizar na e através da prática. Para Benner (2001) é essencial que as práticas de cuidar sejam do conhecimento público de forma a serem "legitimadas" e "valorizadas" porque são elas que mantêm as relações de confiança que tornam a promoção da saúde, a sua restauração e reabilitação possíveis. Desta forma, tem-se o conhecimento sobre o papel das relações, sobre a socialização e aculturação no exercício de enfermagem, no entanto, ainda estão pouco desenvolvidos os conhecimentos implícitos na prática, uma vez que as diferenças entre o conhecimento prático e o conhecimento teórico não estão ainda compreendidas. Um dos aspetos que tem contribuído para esta situação é o facto de não se relatar aquilo que se observa e faz no terreno (Benner, 2001). É fundamental que o Enfermeiro desenvolva consciência de que a divulgação do conhecimento adquirido, a partir da prática, é essencial para o alargamento da disciplina. Tal poderá ser feito através de momentos de discussão e reflexão de saberes, entre a equipa multidisciplinar e, essencialmente, através do

desenvolvimento de estudos de investigação que permitam identificar, caracterizar e validar a eficácia das intervenções implementadas na prática.

Ao longo do trabalho desenvolvido pude constatar que o sofrimento quando não acompanhado é conducente ao desespero. A pessoa em fase terminal solicita o debelar das suas angústias, sendo que o sofrimento exige ser partilhado, reivindica um relacionamento de aliança, uma verdadeira relação terapêutica e empática, que permita diluir a sua intensidade (Owens, 1999). Na interação com os clientes em fase terminal, a “compaixão” é a alma do cuidar. Neste contexto, em que os profissionais de saúde deixam emergir o mundo das vivências da pessoa em fim de vida, oferecendo a sua presença e atenção, o sofrimento passa a ser comum entre ambos, uma vez que o próprio profissional de saúde se confronta com a sua vulnerabilidade e fragilidade (Kubler-Ross, 1974). No entanto, apesar da dor por vezes partilhada e que quase os repele deste tipo de abordagens, as oportunidades de crescimento são imensas. Cada pessoa com que tive o privilégio de desenvolver esta intervenção deixou um cunho peculiar nas minhas reminiscências, tendo-me impelido numa viagem profunda, à descoberta de mim própria. Desta experiência retiro ainda a certeza de que do Encontro e da Relação decorre a possibilidade de transformação e desenvolvimento, e de que do questionamento e do encarar da morte resulta uma resignificação da própria vida. O crescimento que este trabalho me proporcionou enquanto pessoa, auxiliando-me a reencontrar e reafirmar o sentido da minha vida, fazem-me agora acreditar que a pessoa que sou, na relação com o outro, poderá assumir-se como uma ajuda essencial no alívio do sofrimento de que este padece, pois afinal, “a forma como se morre não depende apenas da vida que se viveu, mas também da maneira como se foi acompanhado.” (Hennezel, 2006, p.111).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Albers, G.; Echteld, M. A.; De Velt, H. C.; Onwuteaka-Philipsen, B. D.; Van Der Liden, M. H. & Deliëns, L. (2010). Content and spiritual items of quality of life instruments appropriate for use in palliative care: a review. *Journal Pain Symptom Manage*, 40(2), 290-300.
- American Psychological Association (2012). *APA style guide*. Acedido em 20/08/2014. Disponível em <http://www.apastyle.org/>
- Astley, M. & Nyatanga, B. (2005). *Hidden Aspects of Palliative Care*. London: Cromwell Press.
- Barbosa, A. (2010). Sofrimento. In A. Barbosa & I. G. Neto (Eds.). *Manual de Cuidados Paliativos (2ªed.)* (pp.563-593). Lisboa: Centro de Bioética da Faculdade de Medicina de Lisboa.
- Barbosa, A. & Neto, I. G.(2010). *Manual de Cuidados Paliativos (2ªed.)*. Lisboa: Centro de Bioética da Faculdade de Medicina de Lisboa.
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito: Excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Bermejo, J. C. (1995). La relacion de ajuda al enfermo. In T. M. McIntery & C. Vila-Chã (Eds.). *O sofrimento do doente: Leituras multidisciplinares* (pp. 65-97). Braga: Associação portuguesa de Psicólogos (APPORT).
- Bernard, A. M. (2008). Aspectos psicoemocionales y espirituales al final de la vida: el proceso de morir dignamente. *Medicina Naturista*, 2(3), 233-245.
- Bernardo, A. (2005). *Avaliação de Sintomas em Cuidados Paliativos*. (Dissertação de Mestrado não publicada). Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, Lisboa
- Bloemhard, A. (2008). *Spiritual care for self and others (2ª ed.)*. Coffs Harbour: Australian Department of Health and Ageing, Mid North Coast Division of General Practice.

- Breitbart, W. & Applebaum, A. (2011). Meaning-centered Group Psychotherapy. In M. Watson & D. Kissane (Eds). *Handbook of Psychotherapy in Cancer care* (pp. 137-147) . John Wiley & Sons, Inc.
- Bruce, A., Schreiber, R., Petrovskaya, O. & Boston, P. (2011). Longing for ground in a ground(less) world: a qualitative inquiry of existential suffering. *BMC Nursing*, 10(2), 10-17.
- Caldeira, S., Castelo Branco, Z. & Vieira, M. (2011). A espiritualidade nos cuidados de enfermagem: revisão da divulgação científica em Portugal. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(5), 145-152.
- Caldeira, S., Araújo, M., Vieira, M., Braga, V., Sá, L., Fernandes, L. (2011). Revisão das significações do conceito de Espiritualidade em Enfermagem. In *VI Encontro Luso-Brasileiro de Enfermagem*, São Paulo, Brasil, março 2011. Acedido em 15/12/ 2014. Disponível em: <http://repositorio.ucp.pt/bitstream>
- Cassell, E. (2004). *The Nature of Suffering and the Goals of Medicine* (2ª ed.). New York: Oxford University Press.
- Chalifour, J. (2008). *A intervenção terapêutica – os fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda* (Vol. 1). Loures: Lusodidacta.
- Chalifour, J. (2009). *A intervenção terapêutica – Estratégias de Intervenção* (Vol. 2). Loures: Lusodidacta.
- Chochinov, H.M., Hack, T., Hassard, T., Kristjanson, L., McClemente, S. & Harlos, M. (2005) Dignity therapy: A novel psychotherapeutic intervention for patients nearing death. *Journal of Clinical Oncology*, 23, 5520–5525
- Chochinov, H.M. (2011). *Dignity Therapy: Final Words for Final Days*. Oxford University Press.
- Direção Geral de saúde (2013). *Portugal: Doenças oncológicas em números – 2013. Programa Nacional para as Doenças oncológicas*. Lisboa: DGS.

- Fleming, M. (2003). *Dor sem nome. Pensar o Sofrimento* (2ª ed.). Porto: Edições Afrontamento.
- Frankl, V. (2010). *Psicoterapia e Sentido da Vida*. São Paulo: Quadrante.
- Gameiro, M. (1999). *Sofrimento na doença*. Coimbra: Quarteto
- Goleman, D. (2000). Leadership that gets results. *Harvard Business Review*, 2, 78-90.
- Goleman, D. (2005). *Trabalhar com Inteligência Emocional* (6ª ed.). Lisboa: Temas e Debates.
- Govier, I. (2000). Spiritual care in nursing: a systematic approach. *Nursing standard*, 14(17), 32-36.
- Graham, I., Andrews, T. & Clark, L. (2005). Mutual suffering: A nurse's story of caring for the living as they are dying. *International Journal of Nursing Practice*, 11, 277-285.
- Heidegger, M. (2008). *Ser e Tempo* (3ª ed.). Petrópolis: Editorial Vozes.
- Hennezel, M. (2005). *Diálogo com a morte* (6ª ed.). Cruz Quebrada: Casa das Letras.
- Hennezel, M. (2006). *Morrer de olhos abertos*. Cruz Quebrada: Casa das Letras.
- Hermann, C. (2007). The degree to which spiritual needs of patients near the end of life are met. *Oncology Nursing Forum*, 34 (1), 70-78.
- Herth, K. (1997). Abbreviated Instrument to measure Hope: Development and Psychometric Evaluation. *Journal of Advanced Nursing*, 17(10), 1251-1259.
- Krikorian, A. (2008). Valoración del sufrimiento en pacientes con cáncer avanzado. *Psicooncología*, 5 (2-3), 257-264.

- Kuhl, D. (2002). *What dying people want: practical wisdom for the end of life*. Canada: Doubleday.
- Kubler–Ross, E. (1974). *Questions and Answers on Death and Dying*. New York: Macmillan.
- Lazure, H. (1994). *Viver a relação de ajuda – Abordagem teórica e prática de um critério de competência da enfermeira*. Lisboa: Lusodidacta.
- Leitão, L., Moreira, M. A. & Domingues, M. M. (2005). Atitudes dos Enfermeiros perante a Doença Oncológica. *Nursing*, 204, 8 – 14.
- Litchfield, M. & Jónsdóttir, H. (2008). A Practice Discipline That's Here and Now. *Advances in Nursing Science*, 31(1), 79-91.
- McBrien, B. (2008). Board's eye view. *Emergency Nurse*, (16) 4, 39.
- McClain, C.S., Rosenfeld, B. & Breitbart, W. (2003). Effect of spiritual well-being on end-of-life despair in terminally-ill cancer patients. *The Lancet*, 361(9369), 1603-7.
- McSherry, W. & Cash, K. (2004). The Language of Spirituality: An Emerging Taxonomy. *International Journal of Nursing Studies*, 41 (2), 151-161.
- McSherry, W. & Smith, J. (2012). Spiritual Care - principles, values and skills. In W. McSherry; R. McSherry & R. Watson (Eds.) *Care in nursing - Principles values and skills* (pp. 118). Oxford: Oxford University Press.
- Melo, M. L. (2005). *Comunicação com o Doente: Incógnitas e Certezas*. Loures: Lusociência.
- Mills, E. J., Seely, D., Rachlis, B., Griffith, L., Wu, P., Wilson, K., Ellis, P. & Wright, J. R. (2006). Barriers to participation in clinical trials of cancer: a metaanalysis and systematic review of patient-reported factors. *Lancet Oncology*, 7,141–8.

- Millsbaugh, C. D. (2005). Assessment and response to spiritual pain: part I. *Journal of palliative medicine*, 8(5), 919-923.
- Molzahn, A. & Sheilds, L. (2008). Why is it so hard to talk about spirituality. *Canadian Nurse*, 104(1), 25-29.
- Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M. & Swanson, E. (2008). Nursing Outcomes Classification (NOC) (4^a ed.). St. Louis: MO: Mosby Elsevier.
- Morse, J.M. (2001). Toward a praxis theory of suffering. *Adv. Nursing Science*, 24 (1), 47-59.
- NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) (2012). *Nursing Diagnoses: Definitions and classification (2012-2014)*. Philadelphia: Wiley-Blackwell.
- Narayanasamy, A. (2007). Palliative care and spirituality. *Indian journal of palliative care*, 13(2), 32-41.
- Nelson C.J., Rosenfeld, B., Breitbart, W. & Galietta, M. (2002). Spirituality, religion, and depression in the terminally ill. *Psychosomatics*, 43(3), 213-20.
- Neto, I. G. (2010). Princípios e Filosofia dos Cuidados Paliativos. In A. Barbosa & I. G. Neto (Eds.). *Manual de Cuidados Paliativos (2^oed.)* (pp. 1-42). Lisboa: Centro de Bioética da Faculdade de Medicina de Lisboa.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Overcash, J. (2005). Investigação narrativa uma metodologia viável para a enfermagem. *Servir*, 53(6), 288-296.
- Owens, D. M. (1999). *Hospitality to strangers: empathy and the physician-patient relationship*. Atlanta, Georgia: Scholars Press.

- Pais, F. (2004). O Impacto da Doença Oncológica no Doente e Família. In M. Bilro & A. Cruz (Coords.). *Enfermagem Oncológica* (pp. 25-38). Coimbra: Formasau.
- Pautex, S., Herrmann F. & Zulian, G.B. (2005). Is research really problematic in palliative care? A pilot study. *Journal of Pain and Symptom Management*, 30, 109–11.
- Pereira, M. G. & Lopes, C. (2005). *O doente oncológico e a sua família* (2ª ed.). Lisboa: Climepsi editores.
- Pincombe, J., Brown, M. & McCutcheon, H. (2003). No time for dying: a study of care of dying patients in two acute care Australian hospitals. *Journal of Palliative Care*, 19(2), 77-86.
- Pinto, C. & Pais Ribeiro, J.L. (2007). Construção de uma escala de avaliação de espiritualidade em contextos de saúde. *Arquivos de Medicina*, 21(2), 47-53.
- Pinto, C. & Pais Ribeiro, J. L. (2010). Avaliação da Espiritualidade dos Sobreviventes de Cancro: Implicações na Qualidade de Vida. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 28 (1), 49-56.
- Polkinghorne, D.E. (1988). *Narrative knowing and the human sciences*. New York: State University of New York.
- Powis, J., Etchels, E., Martin, D.K., MacRae S.K. & Singer P.A. (2004). Can a “good death” be made better? A preliminary evaluation of a patient-centred quality improvement strategy for severally ill in-patients. *BMC Palliative care*. Acedido em 10/11/2014. Disponível em www.biomedcentral.com
- Puchalski, C. (2009). Physicians and patients' spirituality. Ethical concerns and boundaries in spirituality and health. *Virtual Mentor*, 11(10), 804-815.
- Puchalski, C. (2012). Spirituality in the cancer trajectory. *Annals of Oncology*, 23(3), 49-55.

- Rede Nacional de cuidados continuados integrados (2010). *Estratégia para o desenvolvimento do programa nacional de cuidados paliativos (2011-2013)*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Rego, A. (2007). *A Atenção ao Espiritual: Tradução e Validação Linguística e Cultural da Spiritual Assessment Scale, Um Instrumento de Avaliação Espiritual*. (Dissertação de mestrado não publicada). Instituto de Ciências da Universidade Católica Portuguesa, Lisboa.
- Ribeiro, P. (2008). A Espiritualidade no Doente Crónico como uma estratégia de coping: Narrativa de uma História de Vida. *Referência*, 2(7), 21-31.
- Sand, L., Olsson, M. & Strang, P. (2009). Coping strategies in the presence of one's own impending Death from cancer. *Journal of pain and symptom management*, 37 (1), 113-22.
- Santos, C. (2006). *Doença Oncológica: Representação, Coping e Qualidade de Vida*. Coimbra: Formasau.
- Steinhaus, K.E., Christakis, N.A., Clipp, E.C., McNeilly, M., McIntyre, L. & Tulsky, J.A. (2000). Factors considered important at the end of life by patients, family, physicians and other care providers. *JAMA*, 284, 2476-82.
- Swinton J. (2003). *Spirituality and mental health care*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Swinton, J. & Mcsherry, W. (2006). Critical reflections on the current state of spirituality-in-nursing, in *Journal of clinical nursing*, 15(7), 801-802.
- Tanyi, R. (2002). Towards Clarification of the Meaning of Spirituality. *Journal of Advanced Nursing*, 39(5), 500–509.
- Twycross, R. (2003). *Cuidados Paliativos*. Lisboa: Climepsi.
- Valentín, V., Murillo, M. T., Valentín, M. & Royo, D. (2004). Cuidados continuos: una necesidad del pacient oncológico. *Psicooncologia*, 1(1), 155-164.

- Viana, A., Querido A.I., Dixe, M.A. & Barbosa, A. (2010). Avaliação da esperança em cuidados paliativos: tradução e adaptação transcultural do Herth Hope Index. Acedido a 15.Junho.2014. Disponível em <http://hdl.handle.net/10400.8/335>
- Visser, A., Garssen, B. & Vingerhoets, A. (2010). Spirituality and Well-Being in Cancer Patients: A Review. *Psycho Oncology*, 19 (6), 565-572.
- Watson, J. (1979). *Nursing: the philosophy and science of caring*. Boston: Little, Brown and Company.
- Watson, J. (2002). *Enfermagem: ciência humana e cuidar. Uma teoria de enfermagem*. Loures: Lusociência.
- Watson, M., Lucas, C., Hoy, A. & Wells, J. (2009). *Oxford Handbook of Palliative Care* (2ª ed.). Oxford: Oxford University Press.
- WHO - World Health Organization (2002). *National Cancer Control Programs: Policies and Managerial Guidelines* (2ªed.). Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- Wright, L. (2005). *Espiritualidade, Sofrimento e Doença: ideias para curar*. Coimbra: Ariadne ed.
- Yalom, I. (2007). *Verdugo del amor - Historias de Psicoterapia*. Buenos Aires: Emecé Editores

Apêndices

Identificação da Cliente

A Sr.^a R. P. tem 44 anos, é casada, de raça caucasiana, de nacionalidade Portuguesa e de religião católica. É residente em Alcobaça tendo nascido onde vive. É Doméstica e tem o 12º ano de escolaridade.

A Sr.^a R. é do sexo feminino e foi enviada dia 12 de outubro de 2014, pelo médico assistente, para o Hospital de Santa Maria por risco de suicídio em contexto de episódio depressivo major com ideação suicida estruturada e plano (ingestão de veneno de rato).

História pessoal

1) História pré-natal/nascimento

A Sr.^a R. refere não ter informações sobre o seu nascimento, dizendo apenas que acha que tudo correu bem.

2) Infância

A Sr.^a R. refere ter sido uma criança feliz. Tinha vários amigos e ia para a escola enquanto os pais iam trabalhar. Tinha outras atividades como a catequese e aulas de Tapeçaria de Arraiolos. Era boa aluna e gostava de estudar.

3) Adolescência

Refere ter tido uma adolescência tranquila. Tinha vários amigos, uma boa relação com os pais. Nunca consumiu drogas nem álcool. Considerava-se uma rapariga bonita, suscitando o interesse de vários rapazes. Teve um único namorado, desde os 16 anos, que é o seu atual marido.

4) Idade adulta

Casou-se aos 20 anos com o atual marido, que é uma ano mais velho do que a Sr.^a R. Trabalhou durante 12 anos como secretária numa empresa de imobiliária. Aos 32 anos ficou desempregada, devido ao encerramento da

empresa e embora tenha tentado arranjar emprego, não conseguiu. Contudo, aceitou de bom grado esta sua nova circunstância porque sentiu-a como uma oportunidade de se dedicar mais ao seu filho, que na altura tinha 6 anos de idade, ao seu jardim, que estava ainda em fase de construção, e aos tapetes de Arraiolos, que sempre foram, desde pequena, a sua atividade de lazer predileta. Diz-se uma pessoa feliz até ao dia em que o seu filho faleceu num acidente de mota, com 17 anos de idade “Um carro atravessou-se à sua frente, não parou no cruzamento...” e ao dizê-lo os seus olhos enchem-se de lágrimas; desvia o olhar, tentando ocultar a emoção que a invadia. Faz-se uma pausa... Desde essa altura a Sr.^a R. refere ter perdido a vontade de viver “ A minha vida deixou de ter sentido... Já pensei muitas vezes, o que cá estou a fazer?”, e já tendo conseguido evitar que as lágrimas lhe escorressem pelo rosto, afirma-o de forma convicta.

No seu dia a dia vai ao café, embora com muito menos frequência desde o falecimento do filho “não sinto vontade de estar com ninguém (...) não consigo contrariar essa vontade de estar sozinha”, e ao dizê-lo baixa o rosto. Afirma neste momento contar com o apoio do marido, e de uma amiga muito próxima, com quem fala abertamente sobre tudo. Nos tempos livres costumava limpar a sua casa e cuidar do seu jardim “não gosto de ver nada sujo (...) o meu marido até me diz que é um bocadinho demais essa minha tara pelas limpezas”. Considera-se uma pessoa perfeccionista e admite ter um elevado nível de exigência consigo mesma tendo almejado, ao longo da vida, a perfeição em diversas áreas, desde o trabalho, estudos, relações interpessoais, à limpeza da casa. Este desejo de perfeição atingiu o extremo levando-a, em determinados momentos, a trabalhar e limpar compulsivamente negligenciando o sono e a alimentação. A Sr.^a R. sente que esta obstinação com a perfeição se deve à educação que teve “os meus pais, enquanto crianças passaram muitas necessidades e sempre lutaram para que eu não passasse pelo mesmo (...) sempre me exigiram bons resultados”.

A Sr.^a R. sente que a sua necessidade de recriação se encontra bastante comprometida “quando estou mais em baixo, sou capaz de passar horas sentada, quieta, a chorar... Não tenho vontade de fazer nada... nada me

desperta interesse”. Com a cabeça baixa afirma “sou uma inútil, é assim que me sinto”. A Sr.^a R. considera que toda a sua vida foi uma lutadora, não tendo por característica desistir de nada “(...) sempre lutei pelos meus objetivos. Enfrentava os problemas, embora, ficasse muito tempo a pensar neles (...) agora sinto-me a desistir. Não sou capaz de enfrentar esta situação”. A cliente reconhece não conseguir mobilizar estratégias para fazer face ao sofrimento que sente.

No que concerne à sua história familiar, o pai da Sr.^a R. faleceu há 10 anos com um Enfarte Agudo do Miocárdio. A mãe teve um AVC há 5 anos e desde então está num Lar em Alcobaça. A Sr.^a R. visita-a uma vez por semana “... ela tem períodos em que já não se lembra das pessoas. Já são 79 anos”. Sempre teve um bom relacionamento tanto com a mãe como com o pai, embora com este último não fosse uma ligação tão próxima “O meu pai era um Homem à antiga. Nunca me senti tão próxima dele como da minha mãe. Nunca me sentei a falar com ele, como é suposto um filho fazer com um pai. Nunca deixou que nos faltasse nada. Trabalhava muito e por isso também passava muito tempo longe de nós. Sentia que se preocupava connosco, mas de facto, o tempo que passávamos juntos era muito curto”. A sua mãe era doméstica e o pai carpinteiro. O ambiente familiar, segundo a própria era bom, “(...) só vi os meus pais discutirem uma vez (...) o meu pai adorava a minha mãe. A minha mãe sentiu muito a sua morte. Sempre foi para ela um grande apoio (...) às vezes comparo um bocado ao meu marido. Sempre me apoiou bastante”. Nega História de doença mental em algum membro da sua família. Casou-se há 20 anos com o Sr. A., seu marido até hoje. O Sr. A. trabalha num stand de automóveis e tem vários períodos em que tem de se afastar de casa devido à sua profissão “ viaja por todo o país e pelo estrangeiro. Trabalha na área de Marketing.” Diz nunca ter tido problemas significativos ao longo do seu casamento “(...) sempre nos demos muito bem. Sempre lidei bem com estas viagens mas, há um ano para cá, está-me a custar mais.” Segundo a Sr.^a R. estas viagens consecutivas do marido despoletam nela uma preocupação imensa de que lhe possa acontecer alguma coisa “(...) fico a imaginar as piores coisas. E se ele não me atende a chamada de imediato, entro logo em pânico a

imaginar que o pior já acontecera”, diz passando as mão pelos olhos como limpando da sua visão essas imagens aterradoras que a invadem. Sinto a sua angústia como altamente perturbante e recosto-me na cadeira como se esta pudesse amparar o peso que se acumulava em mim. Desde que o filho falecera que estas ideias de morte não a abandonam e que o seu pensamento se tornou bastante negativista. Diz falar de tudo com o marido e sente da parte dele disponibilidade para isso “ ele é muito atencioso comigo. Só não faz mais porque o trabalho o obriga a estar algumas vezes longe de casa, mas está sempre preocupado comigo. Liga-me constantemente e falamos sobre tudo”. Segundo a cliente a relação entre ambos fortaleceu-se ainda mais após a morte do filho, embora a sinta neste momento mais unilateral “o meu marido dá-me muito mais do que eu lhe posso dar neste momento. Preocupa-se comigo, apoia-me (...) mas eu não me sinto capaz de lhe retribuir”. E ao dizê-lo manifesta alguma culpa nesta incapacidade que diz sentir. Da família da parte do marido só conta com a Sogra que segundo a própria sempre a tivera em grande consideração. Porém, não mantém um contacto mais próximo com a mesma porque esta vive em Coimbra e só se encontram cerca de 5 a 6 vezes por ano. O seu sogro já falecera, mas também, segundo a Sr.^a R. era “um bom homem”, muito parecido com o seu marido, “um homem atencioso, trabalhador, dedicado”. A Sr.^a R. teve um filho que faleceu, num acidente de mota, há um ano e meio atrás, quando tinha 17 anos. A Sr.^a R., previamente saudável até essa data, desenvolveu, desde essa altura, um quadro de episódio depressivo major grave com ideação suicida (sem ideação de culpa). Seguimento desde essa altura em Psiquiatria no Centro de Saúde de Caldas da Rainha. Houve a remissão progressiva da sintomatologia referindo que recuperou o funcionamento social e ocupacional durante o início do ano 2014, com diminuição progressiva da terapêutica. Agravamento do Síndrome Depressivo no último mês, apresentando ideação suicida persistente, com períodos de insónia (principalmente inicial), atividade onírica aumentada, ansiedade marcada, com agravamento vespertino e anorexia sem perda de peso significativa (3kg em 3 meses). A cliente atribuiu o reagravamento ao isolamento, ao facto do marido passar muito tempo fora do país e alguns amigos terem-se afastado. Tem apresentado anedonia e sentimento de

inutilidade. Foi enviada dia 12 de outubro de 2014, pelo médico assistente, para o Hospital por risco de suicídio em contexto de episódio depressivo major com ideação suicida. Sem antecedentes de tentativas de suicídio prévias. Não se apura consumos tóxicos. Tem como antecedentes pessoais, cefaleias (diagnóstico após a morte do filho).

Quando abordada relativamente ao motivo do internamento, a cliente após uma breve pausa em silêncio, começa a relatar, de forma hesitante, após um longo período de silêncio, a experiência vivenciada aquando da morte do filho. O seu fâcies habitualmente pouco expressivo, esboça agora períodos de grande tristeza. Sinto despoletar em mim um enorme sentimento de pena e uma enorme vontade de a ajudar. A dor que transparece em cada palavra, em cada gesto da cliente, chega a ser lancinante.

Foi no dia 5 de setembro de 2013, que o filho da Sr.^a R. faleceu vítima de um acidente de mota. “Ele saiu para ir ter com uns amigos e num cruzamento, um carro não parou e atravessou-se à frente dele”. A morte foi imediata. Um amigo que seguia numa mota atrás dele, ligou nesse mesmo momento para a Sr.^a R. que ao receber esta notícia, só teve tempo de avisar o marido, do acidente que ocorrera e em 10 minutos chegaram a local. Deparou-se, de imediato, com o corpo do filho, rodeado de profissionais do INEM, já sem sinais de vida “Senti que o meu coração tinha parado. A minha vida terminou nesse instante (...) não consigo descrever a dor que senti nesse momento”- fecha os olhos, como que visitando esse momento uma vez mais. Lembra-se de chorar abraçada ao corpo do filho e de ser amparada pelo marido, também ele, desesperado com o que havia acontecido “chorámos, chorámos... Nem sei quanto tempo ali ficámos os dois a chorar”. Segundo a Sr.^a R., a sua relação com o seu filho era muito boa “ (...) éramos unha e carne... passávamos muito tempo juntos. Desde que nasceu sempre foi muito apegado a mim (...) a relação com o pai também era boa mas comigo era diferente. Não passávamos um dia sequer sem falar, mesmo quando ele ia de férias com os amigos, não se deitava sem me ligar”. Segundo a Sr.^a R., o seu marido também sofreu muito com a morte do filho, mas conseguiu, com o tempo, reajustar-se às novas circunstâncias de vida. O seu processo de luto

decorreu sem grandes intercorrências. O filho da Sr.^a R. era um rapaz muito sociável, alegre e cheio de vontade de viver. Frequentava na altura do acidente o 11º ano, tendo manifestado vontade de enveredar pelo curso de Desporto. Foram vários os amigos que compareceram no funeral “ele era uma pessoa muito querida. Nunca arranhou problemas com ninguém”. A Sr.^a R. recorda este dia de lágrimas nos olhos “Foi um dia muito triste. Os amigos dele abraçaram-se a mim a chorar (...) eu não era capaz de falar, de reagir. Por dentro estava morta”, e involuntariamente uma lágrima escorre-lhe pela face, mantendo-se o rosto inexpressivo, sem qualquer movimento, como se estivesse paralisado pela dor que a consumia. Hoje em dia ainda fala com alguns desses amigos, porém, de forma muito mais esporádica.

Depois desse dia a tristeza e a desesperança instalaram-se na sua vida “não conseguia reagir (...) durante muito tempo não conseguia falar com ninguém. O meu marido esteve sempre disponível para me escutar mas eu não queria falar sobre o assunto (...) só tinha vontade de desaparecer”. A cliente não apresenta ideação de culpa face à morte do filho. A Sr.^a R. reconhece que durante algum tempo negou o acontecido “Eu via o meu filho a toda a hora (...) negava o acidente e quando me confrontavam, eu gritava, chorava (...) eu não queria acreditar”. Durante este período tinha pesadelos constantes com o filho “Todas as noites sonhava com ele. Ora com o acidente em si, ora com ele no chão a pedir-me ajuda, ora com ele a brincar quando era criança (...) Tanto durante o dia como durante a noite estes pensamentos torturavam-me”. A Sr.^a R. reconhece ser uma pessoa que durante toda a sua vida sempre pensou bastante sobre tudo “(...) enquanto as outras pessoas viviam as coisas e facilmente as ultrapassavam, eu ficava dias a pensar sobre o que acontecera”. Este pensamento ruminante nunca se assumiu de forma tão intensa e nunca lhe trouxera consequências tão nefastas como agora “No trabalho, por exemplo, quando acontecia alguma coisa menos boa, quando me chateava com algum colega, ficava vários dias a pensar naquilo enquanto a outra pessoa já nem se lembrava do que havia acontecido”. Contudo, nestas circunstâncias, com o passar do tempo, com o surgimento de novos acontecimentos, acabava por ultrapassar estas situações. Face à morte do filho sentia que estes

pensamentos estavam fora do seu controlo “(...) tudo me faz lembrar dele. Por muito que faça o meu pensamento volta sempre a ele.” A Sr.^a R. diz ter tentado ocupar a cabeça e o corpo, para não pensar, para não sentir, dedicando-se à limpeza exaustiva da casa, do jardim, porém nada disso resultou “(...) a dor dentro de mim crescia, crescia...”. A cliente refere que nada do que fizera para tentar ultrapassar esta situação tivera um resultado positivo. Identifica a falta de controlo sobre os já referidos pensamento ruminantes e a dificuldade em expressar o que sente como as principais causas de não ter conseguido gerir a perda. Dada a sua incapacidade em lidar com esta situação, incentivada pelo marido, recorreu ao seu médico do Centro de saúde que a encaminhou para um Psiquiatria “ Só depois de ter começado a medicação e de ser acompanhada pela Psicóloga é que comecei a ficar, lentamente, melhor”. Desde que começou a ter acompanhamento Psicológico começou a ser capaz de falar sobre o assunto, ainda que com muito sofrimento. Sente que foi a partir do momento em que foi capaz de começar a ventilar as suas emoções que as melhorias se começaram a fazer notar. A sua relação com o marido manteve-se forte “ele esteve sempre muito preocupado comigo. Esteve sempre disponível para mim. Durante os primeiros tempos conseguiu ficar mais tempo em casa.” Passados 4 meses, o marido da Sr.^a R. teve de retomar a sua atividade laboral da mesma forma como o fazia antes da morte do filho. Nessa altura, como já estava a ter acompanhamento psicológico a Sr.^a R. refere ter lidado tranquilamente com esta situação.

A Sr.^a R. refere que a sua rede de suporte mudou bastante desde o falecimento do filho “Muitas pessoas afastaram-se de mim (...) parece que têm medo de falar comigo”. Quando questionada relativamente à sua posição face a essas pessoas “claro que inicialmente me afastei (...) não queria estar com ninguém. Mas com o tempo tentei reaproximar-me e senti que já se tinha criado um grande afastamento.” De momento conta com o apoio incondicional do marido e de uma amiga, que vive perto da Sr.^a R.

A única perda mais próxima que vivenciou foi aquando da morte do pai, porém, na altura, ultrapassou-a de forma bem mais tranquila “Custou-me ver o meu pai partir, até porque não estava à espera (...) mas perder um filho vai

contra tudo o que se possa estar à espera. O normal é morrerem os pais antes dos filhos.” A Sr.^a R. justifica as diferentes formas de encarar estas duas perdas com a relação que tinha com cada um deles “tinha boa relação com o meu pai mas não se compara à relação que tinha com o meu filho (...) ele era tudo para mim”. Segundo a cliente, quando o pai morrera sentiu-se triste, chorou a perda, mas reconhece que ultrapassou-a sem grandes problemas “tive o apoio do meu marido e tinha o meu filho para cuidar (...) com o tempo, fui aceitando o que tinha acontecido.” Embora também tenha sido uma morte súbita, a Sr.^a R. apesar do choque inicial, ocupou-se com a educação do filho, com a casa, com os tapetes de Arraiolos, “(...) nunca me senti tão perdida como agora. Consegui levar a minha vida para a frente.

Quando questionada relativamente às expectativas que tem relativamente a este internamento, “espero que possa sair daqui mais capaz de encarar a vida lá fora (...) espero que vocês me ajudem a encontrar um caminho para me tratar”. Quando ousa olhar o futuro revela um medo muito grande de não ser capaz de continuar a sua vida, de não encontrar motivação/sentido para prosseguir.

Relativamente a esta recaída que motivou este internamento, a Sr.^a R. afirma que a partir, aproximadamente, do dia 5 de setembro (altura em que fez um ano que o filho falecera) se começou a sentir pior “nesse dia fui visitar a campa do meu filho. Fui com a minha amiga. O meu marido não estava em Portugal (...) desde esse dia a tristeza começou novamente a tomar conta de mim.” Refere que deixou de ter vontade de fazer o que quer que fosse e agora, mais do que nunca, viver era um suplício “Levantava-me a muito custo (...) Sempre isolada, dentro da casa, (...) o meu marido fora do país (...) sempre a lembrar-me do meu filho e perguntar-me, o que é que cá estou a fazer?”, e fixa o olhar no meu durante alguns instantes. Senti-o como que se buscasse em mim a resposta para aquela questão. Quando questionada acerca de como o marido vivencia esta situação, afirma “Ele preocupa-se muito comigo (...) tem-se mantido sempre firme ao meu lado. Às vezes custa-me não estar mais disponível para ele, mas esta tristeza que sinto bloqueia-me”. A vida conjugal sofreu bastantes alterações, especialmente no que se relaciona com a vida

sexual “(...) o sentimento mantém-se mas a disponibilidade já não é a mesma. Não tenho vontade” e di-lo desviando o seu olhar para o chão, denunciando o seu fâcias a culpa pela diminuição da libido que afirma sentir. Quando questionada acerca do sentimento que despoleta nela esta falta de disponibilidade para a sua relação conjugal, “sinto que o meu marido merecia mais (...) sinto-me culpada porque ele sempre se manteve do meu lado e eu não consigo corresponder. Fechei-me em mim mesma.”

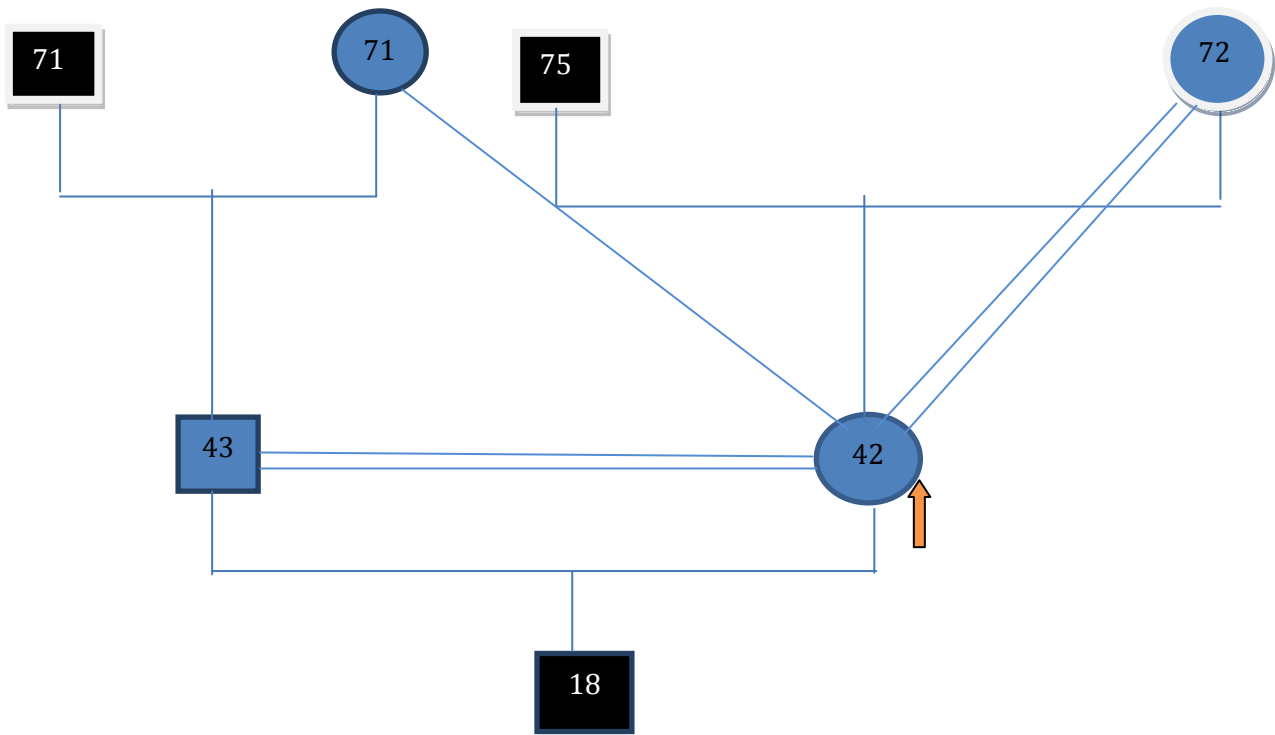
A Sr.^a R. é autónoma nas atividades de vida diária. Quanto ao cuidados que dedica a ela própria, garante que só mantém os cuidados de higiene, pois quanto à sua imagem, já deixara de ter grandes preocupações, “costumava ir o cabeleireiro, maquilhar-me (...) agora, já não faço nada disso. Não tenho vontade de fazer nada”. Diz ter sido uma mulher bonita, desvalorizando a agradável imagem que ainda hoje mantém, “já não sou nada do que fui (...) já nem gosto e me olhar ao espelho”. Quanto à necessidade de sono e repouso, diz estar a dormir bem com a medicação que lhe é dada durante o internamento. Segundo a cliente nunca tivera problemas em satisfazer esta necessidade, porém, desde que o filho falecera tem muitos pesadelos e por vezes, insónia inicial.

Quanto aos cuidados com a sua saúde afirma ter uma dieta equilibrada, como sempre tivera, embora tenha dias em que passa muitas horas sem comer. Quanto à vigilância de saúde afirma sempre ter sido cuidadosa, fazendo anualmente uma consulta e os respetivos exames de avaliação geral. Neste momento diz assegurar estes cuidados não por vontade própria mas antes porque o marido insiste que ela os mantenha.

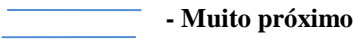
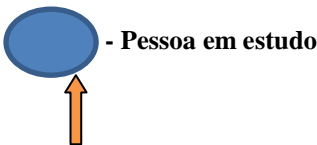
Relativamente ao futuro prefere nem pensar, “não tem sido fácil viver até aqui e mais difícil é imaginar como será daqui para a frente (...) tenho medo de que este sofrimento nunca tenha fim.” Por senti-lo tão insuportável a Sr.^a R. confessa já ter pensado em suicidar-se “já pensei em por fim à minha vida”. O seu fâcias permanece pouco expressivo e assusta-me a impavidez com que a cliente afirma esta sua vontade, “(...) antes de ser internada esta ideia passou-me pela cabeça. Cheguei mesmo a cogitar a hipótese de ingerir veneno de

rato”. A Sr.^a R. assume que embora estes pensamentos de acabar com a própria vida por vezes a assombrem, refere nunca tê-lo feito “O sofrimento é tão grande que às vezes a única solução é mesmo a morte.” No entanto, a cliente refere nunca ter conseguido passar ao ato.” A Sr.^a R. refere que as principais forças que a prendem à vida e que não a permitiram, até ao momento, concretizar a ideação suicida são o marido e a crença em Deus. Considera-se uma pessoa religiosa “costumo ir à igreja, não para assistir à missa mas antes para falar com Deus. Sei que o suicido é um dos maiores pecados aos olhos de Deus, mas não é fácil suportar tanta dor”. A Sr.^a R. sente esta situação como estando fora do seu alcance, porém, acredita que ainda será possível, se devidamente acompanhada, ultrapassá-la. Segundo a própria aceitou este internamento exatamente por sentir uma grande necessidade de ser ajudada.

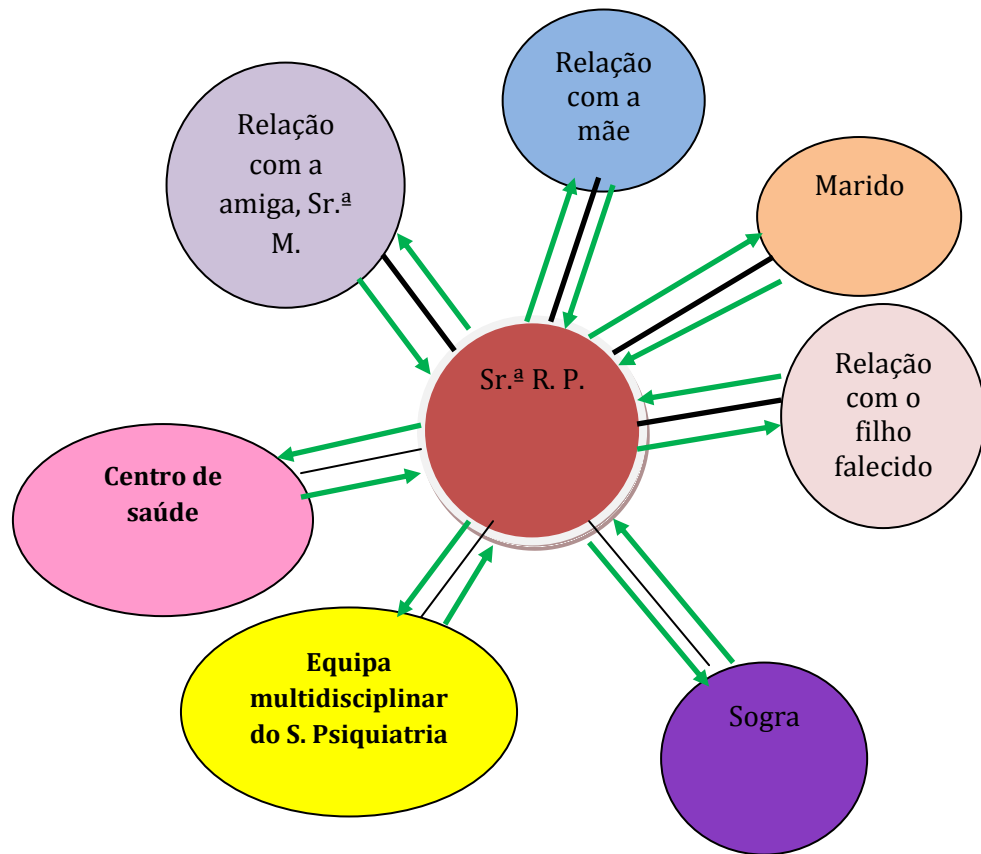
Genograma Familiar



Legenda:



Ecomapa



Legenda:

— Ligação normal

— Ligação forte

← Fluxos de energia/recursos

Exame do estado Mental

Aparência e comportamento geral:

Aparência cuidada. A Sr.^a R. usava roupas adequadas, o cabelo penteado e uma aparência que se coadunava com a sua idade real. Bom estado geral, estado nutricional adequado.

Nível de Consciência Orientação e Cognição:

Consciente, Orientada no tempo, espaço, auto e alo psiquicamente.

Perceção:

Não apresenta alterações da perceção.

Pensamento:

Curso e forma do pensamento aparentemente mantidos. Apresenta ideação de morte. Potencial cognitivo elevado, capacidade de autorreflexão/introspeção.

Insight:

Demonstra conhecimento em relação à sua situação atual. A utente reconhece que os sintomas que apresenta são compatíveis com uma patologia psiquiátrica tendo insight para a sua doença.

Juízo Crítico:

A Sr.^a R. apresenta juízo crítico para os acontecimentos pessoais.

Humor e Emoções:

Humor deprimido, fâcies triste.

Atitude:

Inicialmente reservada, mas paulatinamente, foi demonstrando uma atitude de maior abertura.

Atenção:

Facilmente captável e mantida.

Discurso e Linguagem:

Discurso coerente, organizado e fluente com linguagem cuidada e vocabulário rico. Sem perturbação do discurso verbal, da compreensão, da leitura e da escrita.

Memória:

Não se identificaram alterações da memória.

Comportamento:

Atividade psicomotora e comportamento normal.

Instrumentos utilizados para a avaliação psicológica

Para a avaliação psicológica para além da entrevista foram ainda utilizadas a Escala de Apoio Social (EAS), a Escala de Depressão de Beck (BDI).

A EAS pretende estudar os aspetos funcionais do apoio social, avaliando a disponibilidade percebida de apoio emocional, instrumental e informativo. “Trata-se duma escala de autorresposta que permite, por isso mesmo, obter uma medida do grau em que o indivíduo avalia o seu apoio social” (Matos & Ferreira, 2000, p.244). A EAS é composta por 16 questões avaliadas segundo uma escala tipo *Likert* com cinco pontos, agrupadas em três fatores: apoio informativo, apoio emocional e apoio instrumental. Estas dimensões revelaram uma boa consistência interna e configuram uma estrutura multidimensional à escala.

O BDI foi elaborado a partir da observação clínica das atitudes e dos sintomas manifestados por pacientes psiquiátricos deprimidos (Beck et al., 1961), tendo sido concebido com o objetivo de fornecer autoavaliação quantitativa da intensidade da depressão. Este inventário consiste num questionário de autorresposta composto por 21 grupos de afirmações, das quais o indivíduo deve selecionar aquela que melhor descreve o seu estado no momento da avaliação. A cotação do instrumento, além da pontuação global, permite ainda que a intensidade da sintomatologia depressiva seja categorizada da seguinte forma: 1) não deprimido: 0-9; 2) estados depressivos leves: 10-20; 3) depressão moderada: 21-30; e 4) depressão grave: pontuação global superior a 30 (Campos & Gonçalves, 2011).

Após a aplicação da EAS verificou-se que a Sr.^a R. não se demonstra satisfeita com o apoio social recebido nas diferentes dimensões (instrumental, emocional e informativo), sendo ainda assim, a vertente emocional aquela com que manifesta maior satisfação. Com a aplicação do Inventário de Depressão de Beck validou-se que a cliente apresenta sintomatologia de uma depressão grave.

Medicação

MEDICAMENTO	FORMA	DOSE	VIA	HORA
Flunarizina	Comprimido	10mg	Oral	Pequeno-almoço
Topiramato	Comprimido	50mg	Oral	Pequeno-almoço, Almoço e Deitar
Clonazepam	Comprimido	1mg	Oral	Deitar
Trazadona	Comprimido	150mg	Oral	Pequeno-Almoço e Deitar
Olanzapina	Comprimido	5mg	Oral	Pequeno-Almoço

Plano de Cuidados

Diagnóstico de enfermagem (NANDA)	Resultados (NOC)	Intervenções de Enfermagem (NIC)
<u>Desesperança</u> (relacionada com o facto da Sr.ª R. não conseguir fazer face ao sofrimento intenso que está a vivenciar/ ausência de sentido e propósito de vida)	<u>Esperança</u> Indicadores: <ul style="list-style-type: none"> - Expressão de vontade de viver - Expressão de razões para viver 	<u>Promoção de Esperança</u> <ul style="list-style-type: none"> - Auxiliar a cliente a identificar áreas de esperança na vida - Ampliar o reportório e mecanismos de enfrentamento da cliente - Criar ambiente que facilite à cliente a prática religiosa
Avaliação: A Sr.ª R. reconhece as áreas de esperança na vida, bem como os mecanismos internos de que dispõe para fazer face às adversidades. A cliente expressa os motivos que a fazem estar viva e paulatinamente, demonstra mais vontade de viver. No termómetro da Esperança, que inicialmente marcava 1, agora, passados 10 dias, já marca 3.		
Diagnóstico de enfermagem (NANDA)	Resultados (NOC)	Intervenções de Enfermagem (NIC)
<u>Baixa autoestima crónica</u> (sentimento de inutilidade)	<u>Autoestima</u> Indicadores: <ul style="list-style-type: none"> - Sentimentos de autovalorização - Realização de papéis de significação pessoal 	<u>Melhora da Autoestima</u> <ul style="list-style-type: none"> - Encorajar a cliente a identificar os seus pontos positivos - Reforçar os pontos positivos pessoais que a cliente identifica - Investigar os sucessos anteriores - Evitar críticas negativas - Facilitar um ambiente e promover atividades que aumentem a autoestima - Encoraja a cliente a reconhecer e discutir os seus pensamentos e sentimentos - Facilitar a identificação, pela cliente, de padrões usuais de resposta a várias situações - Auxiliar a cliente a reexaminar percepções negativas de si mesma - Auxiliar a cliente a encontrar fontes de motivação
Avaliação: A cliente conseguiu identificar, paulatinamente, os seus pontos positivos e feitos de relevo na sua vida. Passados 10 dias a cliente consegue já identificar algumas fontes de motivação na sua vida.		

Diagnóstico de enfermagem (NANDA)	Resultados (NOC)	Intervenções de Enfermagem (NIC)
<p>Risco de suicídio Fatores de risco:</p> <ul style="list-style-type: none"> - verbal: diz não encontrar sentido para a sua vida quando questiona “o que é que cá estou a fazer?” - social: isolamento social - Psicológico: luto complicado, sentimentos de inutilidade, desesperança 	<p>Autocontenção do suicídio Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Evita tentar o suicídio - Mantém contrato sobre o suicídio - Relata plano de suicidar-se (se existir) - Busca ajuda quando se sente autodestrutiva - Manifesta os sentimentos - Manifesta sentimento de Esperança - Busca tratamento para a depressão - Usa recursos para prevenção do suicídio e grupos de apoio social na comunidade - Faz planos para o futuro 	<p>Prevenção do Suicídio</p> <ul style="list-style-type: none"> - Determinar presença e grau de risco suicida - Determinar se a cliente possui meios disponíveis de elaboração de plano suicida - Envolver a cliente no planeamento do próprio tratamento - Administrar medicação sob hipervigilância - Orientar a cliente sobre estratégias de coping - Fazer contrato com a cliente no sentido de “nenhum dano a si mesma” ser causado por ela durante período especificado; renovar o contrato a intervalos de tempo especificados. - Ajudar a cliente a discutir sentimentos acerca do contrato - Observar a cliente quanto a sinais de incoerência capazes de indicarem falta de comprometimento na observância do contrato - Interagir com a cliente em intervalos regulares para transmitir abertura e para dar oportunidade à mesma de falar dos seus sentimentos - Usar método direto e sem julgamento na discussão do suicídio - Encorajar a cliente a encontrar fora profissionais de saúde com quem conversar diante da ocorrência de urgência em causar danos a si mesma - Evitar discussões repetidas da história suicida, mantendo as discussões voltadas ao presente e ao futuro - Auxiliar a cliente a identificar uma rede

	<p>Nível de Depressão <u>Indicadores:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Humor deprimido - Perda de interesse nas atividades - Falta de prazer nas atividades - Sentimento de desvalorização - Perda de peso - Pensamentos recorrentes de morte ou suicídio - Desesperança - Baixa autoestima - Nível diminuído de atividade 	<p>de pessoas e recursos de apoio</p> <p>Controle do Humor</p> <ul style="list-style-type: none"> - Administrar questionários de auto-relato (Inventário de Depressão de Beck) - Encorajar a cliente a assumir um papel ativo no seu tratamento e na sua recuperação - Interagir com a cliente em intervalos regulares para transmitir cuidado e/ou oferecer oportunidade para ela falar sobre os seus sentimentos - Ajudar a cliente a identificar pensamentos e sentimentos subjacentes ao humor disfuncional - Limitar a quantidade de tempo permitido à cliente para expressar sentimentos negativos e/ou relatos de fracassos anteriores - Ensinar novas técnicas de enfrentamento e resolução de problemas
<p>Avaliação: A cliente fala sobre os pensamentos suicidas que a assolaram, bem como dos sentimentos que vivenciou. Expressa vontade de estar viva e reconhece a importância de recorrer a um profissional de saúde especialista na área se, eventualmente, voltar a ter tais pensamentos.</p>		
Diagnóstico de enfermagem (NANDA)	Resultados (NOC)	Intervenções de Enfermagem (NIC)
<p><u>Interação social Prejudicada</u> (relacionado Depressão e anedonia)</p>	<p>Envolvimento social <u>Indicadores:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Interação com amigos mas próximos - Participação em atividades de lazer 	<p>Aumento da Socialização</p> <ul style="list-style-type: none"> - Encorajar maior envolvimento em relações já estabelecidas - Encorajar a partilha de problemas comuns com outras pessoas - Encorajar o envolvimento em interesses totalmente novos - Oferecer feedback sobre a melhoria dos cuidados com a aparência pessoal e outras atividades - Incentivar a cliente a identificar novas formas de se ocupar no serviço e no futuro após a alta.

		- Incentivar a cliente a participar nas atividades ocupacionais
Avaliação: A cliente que inicialmente não participava nas atividades ocupacionais, já o faz com agrado, interagindo com os restantes.		
Diagnóstico de enfermagem (NANDA)	Resultados (NOC)	Intervenções de Enfermagem (NIC)
Sentimento de Pesar Disfuncional (relacionada com morte do filho, de 17 anos, de forma abrupta)	Adaptação Psicossocial: Mudança de vida <u>Indicadores:</u> <ul style="list-style-type: none"> - Estabelecimento de metas realistas - Manutenção da auto-estima - Expressão de utilidade - Expressão de otimismo sobre o presente - Expressão de otimismo sobre o futuro - Identificação de múltiplas estratégias de enfrentamento - Uso de estratégias eficientes de enfrentamento - Expressões de apoio social adequado - Participação em interesses de lazer Enfrentamento <u>Indicadores:</u> <ul style="list-style-type: none"> - Identifica padrões eficazes de enfrentamento - Verbaliza aceitação da situação - Usa apoio social disponível - Relata redução e sentimentos negativos - Relata aumento de conforto psicológico Resolução do Pesar <u>Indicadores:</u> <ul style="list-style-type: none"> - Soluciona sentimento sobre perdas - Verbaliza aceitação da perda - Relata redução a preocupação com a perda - Relata envolvimento em atividades sociais - Evolui através dos estágios do pesar 	Melhora do Enfrentamento <ul style="list-style-type: none"> - Avaliar o impacto da situação de vida da cliente sobre papéis e relacionamentos - Proporcionar uma atmosfera de aceitação - Ajudar a cliente a desenvolver uma avaliação objetiva do evento - Investigar concretizações bem sucedidas de sucessos anteriores da cliente - Investigar com a cliente métodos anteriores para lidar com problemas de vida - Apoiar o uso de mecanismos de defesa apropriados - Encorajar a cliente a identificar os seus pontos fortes e capacidades - Encorajar o envolvimento da família Facilitação do processo de Pesar <ul style="list-style-type: none"> - Assistir a cliente para identificar a natureza do apego à pessoa perdida - Assistir a cliente para identificar a reação inicial à perda - Encorajar a expressão de sentimentos acerca da perda - Encorajar a discussão de experiências anteriores de perda - Encorajar a cliente a verbalizar as lembranças da perda, passadas e atuais - Encorajar a identificação dos maiores medos em relação à perda - Auxiliar a identificar estratégias pessoais de enfrentamento

		- Auxiliar a identificar alterações necessárias no modo de vida
Avaliação: A cliente verbaliza as lembranças da perda e expressa os sentimentos a ela associados. Faz um olhar retrospectivos e identifica estratégias utilizadas anteriormente para lidar com a perda. Reconhece mecanismos internos que deve mobilizar para lhe fazer face e reconhece a existência de suporte social para a ajudar a ultrapassar esta situação.		

Neste estudo de caso, a análise dos dados, bem como, as intervenções desenvolvidas assentaram nos pressupostos de Jean Watson. Para esta autora a enfermagem é definida como um processo intersubjetivo de transação de um ser humano com outro. Este cuidar implica que o enfermeiro entre no campo fenomenológico da pessoa que está a cuidar, de forma a detetar, avaliar e dar resposta às necessidades daquela pessoa a quem presta cuidados.

Watson identificou dez fatores cuidativos que os enfermeiros devem utilizar na prestação de cuidados. E estes fatores incluem a formação de um sistema de valores humanísticos e altruístas; a instilação de fé – esperança; sensibilidade para consigo próprio e para com os outros; desenvolvimento de uma relação de ajuda – confiança; promoção e aceitação da expressão de sentimentos positivos e negativos; uso sistemático do método científico de resolução de problemas; promoção de estratégias interpessoais de ensino – aprendizagem; provisão de um ambiente de suporte, protetor e corretor mental, físico, sócio-cultural e espiritual; ajuda na satisfação das necessidades humanas e a aceitação de forças existenciais - fenomenológicas. Toda a abordagem realizada, bem como as intervenções planeadas têm por base estes fatores cuidativos. Desenvolvi ainda a sensibilidade tanto para comigo própria como para o outro, reconhecendo sentimentos e permitindo-me senti-los. Segundo Jean Watson “(...) a enfermeira que reconhece e usa a sua sensibilidade e sentimentos promove o autodesenvolvimento e a autorrealização e é capaz de encorajar o mesmo crescimento nos outros (...) sem este fator o Cuidar em Enfermagem falha” (Watson, 1985). Iniciei ainda o desenvolvimento de uma relação de ajuda – confiança que promove e aceita a expressão de sentimentos (positivos e negativos), por mais perturbador que isso se tenha assumido. Procurei favorecer um ambiente de suporte, protetor e corretor mental, físico, sócio-cultural e espiritual. Procurei proporcionar ajuda na satisfação das necessidades humanas, neste caso concreto, as necessidades psicofísicas e psicossociais, por serem as mais afetadas – este fator para Watson é importante, tendo nomeadamente em vista o papel de ajuda do enfermeiro: ajuda à pessoa nas suas atividades de vida, assim como na “facilitação” e promoção do seu crescimento e desenvolvimento. Essencial é

também para o enfermeiro que, para além de ser capaz de identificar as necessidades humanas do outro, seja capaz de reconhecer as suas próprias. Para a autora a melhor abordagem da enfermagem, enquanto ciência do cuidar, às necessidades humanas consiste numa: “ (...) abordagem holística - dinâmica que sintetize os componentes biofísico, psicofísico, psicossocial e intrapessoal na compreensão da motivação e adaptação individual e de grupo, na saúde – doença”(Watson, 1985, p.108). Watson (2002) descreve a relação transpessoal como uma forma especial da relação de cuidar, transpessoal refere-se a uma relação intersubjetiva, relação essa em que as duas pessoas envolvidas (enfermeiro /doente), consideram a pessoa no seu todo, assim como a sua forma de estar perante o mundo como sendo única. Cuidar desta cliente exigiu de mim o desenvolvimento desta relação transpessoal já amplamente defendida por Jean watson, para a auxiliar na satisfação das suas necessidades psicofísicas e psicossociais. O cuidar integral exige inevitavelmente este envolvimento totalitário.

Referências Bibliográficas

- Beck, A.T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961) An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, p. 561-571.
- Campos, R. C., & Gonçalves, B. (2011). Adaptação do Inventário de Depressão de Beck II para a população portuguesa. *Atas do VIII Congresso Iberoamericano de Avaliação Psicológica*, Lisboa, 25 a 27 de Julho.
- Matos, A., Ferreira, A. (2000) Desenvolvimento duma escala de apoio social: alguns dados sobre a sua fiabilidade. *Psiquiatria Clínica*. 21(3), p. 243-253.
- Watson, J. (2002). *Enfermagem: ciência humana e cuidar uma teoria de enfermagem*. Loures: Lusociência.

Apêndice 2 – Intervenção com a Sr.^a R. (Estudo de caso 1)

Intervenção com a Sr.^a R. P.

(Estudo de caso 1)

**“Somente as pessoas capazes de amar profundamente podem também sofrer
uma grande desilusão, mas esta mesma necessidade de amar serve para
neutralizar o seu luto e curá-las”**

Tolstói

Realizado por: Tânia Moreira Gonçalves

Intervenções

Antes que alguém possa compreender totalmente o impacto de uma perda e o comportamento humano a ela associado, deve-se compreender o significado do apego (Worden, 1998).

A melhor forma de ajudar uma pessoa no trabalho de luto é oferecendo-lhe uma escuta ativa (Chalifour, 2009). No contexto desta escuta é importante utilizar técnicas que promovam o processo em curso. Será ainda de extrema importância atentar nas razões pelas quais os clientes utilizam certos gestos e comportamentos. O grande objetivo junto da pessoa que vivencia um luto complicado será o de identificar e resolver os conflitos de separação que impedem a conclusão das tarefas de luto (Worden, 1998). A resolução destes conflitos passa, muitas vezes, pela vivência de sentimentos e pensamentos que a pessoa enlutada procura evitar (Worden, 1998).

Assim sendo, nesta situação concreta, serão utilizadas várias estratégias de intervenção, centradas na cliente, e que considerem o trabalho de luto em curso e as tarefas a assumir para facilitar a sua resolução.

1º Sessão (14.Outubro.2014):

Entrevista inicial (1h30)

Utilização de questões que permitam à pessoa enlutada descrever a sua experiência:

1. Natureza da relação <ul style="list-style-type: none">- Quem era a pessoa que faleceu?- Que representava esta pessoa para si?- Como era a relação entre ambas?- Que outras pessoas podem ser afetadas por esta morte? 2. O momento da morte <ul style="list-style-type: none">- Quando, onde e como se passou a morte?	4. O Suporte possível <ul style="list-style-type: none">- Teve alguém com quem partilhar os seus pensamentos e emoções relativos a esta morte? Fê-lo?- Qual a sua rede de suporte antes do falecimento?- Qual a sua atual rede de suporte? 5. A pessoa enlutada <ul style="list-style-type: none">- Consome álcool, drogas ou medicamentos
--	--

<p>Como é que soube da morte?</p> <p>- Quem a informou?</p> <p>- Quais foram as suas primeiras reações?</p> <p>3. Os estilos de controlo</p> <p>- O que sentiu aquando da perda?</p> <p>- Como é que tentou gerir a perda?</p> <p>- Quais foram os resultados das suas ações?</p> <p>- Como explica esses resultados?</p>	<p>como meio de gerir esta situação?</p> <p>- Já teve anteriormente episódios de perturbações mentais?</p> <p>- Já vivenciou perdas? Em caso afirmativo, como as assumiu?</p> <p>- Em que é que esta experiência é diferente das precedentes?</p> <p>- Quais as repercussões deste luto sobre o seu funcionamento quotidiano, sua saúde, seu trabalho, suas relações interpessoais?</p> <p>- O que está a fazer ou pode fazer para se ajudar a si mesmo.</p> <p>6. As suas expectativas</p> <p>- Que espera deste internamento?</p> <p>- Como prevê o futuro em consequência da presente situação?</p> <p>- O que quer e espera que profissionais de saúde, família e amigos façam por si?</p>
--	---

Adaptado de Chalifour, 2009

Nesta sessão serão ainda aplicadas a EAS (Escala de Apoio Social) e a Escala de Depressão de Beck (BDI).

Objetivos:

- Acolher a utente em sofrimento, utilizando a escuta ativa
- Ajudar a cliente a reconhecer e a expressar as suas emoções face a esta perda
- Promover a tomada de consciência de estratégias de enfrentamento utilizadas anteriormente com efeito e que poderão ser transpostas para a situação atual
- Fortalecer a relação terapêutica/de confiança com a cliente

Avaliação: Inicialmente com um fôlego fechado, quase indecifrável, mas à medida que narrava o seu sofrimento, o seu corpo foi assumindo as emoções que o assomavam. Com o decorrer da sessão a cliente foi expondo, gradualmente, as emoções que afloravam com as experiências narradas, sendo capaz de reconhecê-las e associá-las às várias etapas que tem vivenciado desde a morte do seu filho.

2ª Sessão (16.Outubro.2014):

As recordações que ficam...

Será pedido à pessoa, no final da 1ª sessão, que traga consigo, numa próxima sessão, um objeto ou uma imagem que associe à pessoa falecida. Nesta segunda sessão, será proposta a criação de um texto ou representação gráfica, sobre a relação do objeto ou imagem e a pessoa falecida, que no final poderá ser partilhado, se a cliente assim o entender. O Enfermeiro deverá fazer uma súmula das memórias mais marcantes e das emoções por elas despoletadas. No final da sessão será feita uma partilha, por parte da cliente, das vivências, emoções e sentimentos experienciados ao longo da sessão.

Objetivos:

- Ajudar o cliente a tornar concreta a experiência da perda
- Facilitar a expressão de sentimentos e emoções
- Encorajar a cliente a tornar consciente as emoções que afloram aquando das memórias relacionadas com a pessoa falecida
- Facilitar o processo de tomada de consciência, por parte da cliente, da forma como vivencia e expressa as emoções que emergem das memórias associadas à pessoa falecida

Avaliação: A cliente refere que apesar de doloroso, considerou este momento importante por lhe ter trazido lembranças tão apazíveis, “É uma mistura muito intensa de sentimentos... a dor da perda, misturada com a alegria, a saudade”.

Quando questionada quanto à vontade de dar continuidade às sessões esta responde, “Não é fácil, nada fácil mesmo (...) mas estes momentos estão a ser muito importantes para mim. Por mais que me custe, por mais que chore, por mais que sofra, acabo por sair daqui um pouco mais aliviada. É como se imortalizasse mais um bocadinho dele dentro de mim”.

A cliente demonstra maior à vontade na exposição de emoções e sentimentos vivenciados, bem como, na partilha de momentos mais íntimos da sua relação com o filho. A cliente, pela primeira vez, reconhece a perda como um dado concreto e afirma a importância de aprender a lidar com a perda.

3ª Sessão (18. outubro. 2014):

A Mensagem

Será proposto ao cliente no final da 2ª sessão que escreva uma carta à pessoa que morreu. Será pedido à cliente que partilhe a carta que escreveu. No final, ser-lhe-á proposto que imagine um presente com uma mensagem para deixar à pessoa falecida. No final da sessão será pedido à pessoa que faça um balanço da sessão (o que lhe foi mais difícil, o que foi mais importante para si, que ganhos obteve, como se sente relativamente ao início).

Objetivos:

- Promover a expressão de sentimentos e emoções relacionados com a pessoa falecida
- Facilitar a integração, por parte da cliente, do conjunto de emoções associadas à perda
- Promover o autoconhecimento e reforçar o olhar sobre si próprio

Avaliação: Pela primeira vez a Sr.ª R. refere-se a si própria como alguém capaz de lidar com a perda que vivenciou e afirma vontade de viver, “(...) tenho o meu marido à minha espera. Não é possível apagar esta dor... até acho que

esta mágoa ficará para sempre. Mas a vida continua e nós também temos de continuar”.

A cliente, inesperadamente, teve alta dia 20 de outubro não tendo sido possível implementar as outras duas sessões que havia planejado.

4º Sessão:

Reencontrar sentido

Será proposto à cliente que num papel enumere os projetos que tinha antes desta perda, as qualidades e talentos. Posteriormente, traçar um plano, com metas exequíveis num curto espaço de tempo, para recuperar esses mesmos projetos ou outros mais recentes, adaptados à realidade contemporânea. A Cliente ficará com esse plano e irá registrando como e quando atingiu as metas estipuladas, bem como as dificuldades encontradas para a consecução das mesmas.

Objetivos:

- Promover o autoconhecimento e a tomada de consciência de si própria
- Ajudar a restaurar a confiança em si: tomando decisões, aprendendo coisas novas, administrando problemas diários.
- Encorajar a mobilização de mecanismos internos e externos que lhe permitam lidar com a situação de crise atual
- Promover a identificação de modificações no meio e aprender a viver num mundo diferente: novas rotinas, novos papéis e capacidades

5º Sessão:

A Herança

Será proposto ao cliente que reúna textos seus, de outros familiares ou amigos, fotos ou outras lembranças da pessoa falecida e que crie um livro em

homenagem a essa mesma pessoa. Esta missão terá início nesta sessão e prolongar-se-á até a cliente lhe encontrar fim. Na última sessão serão aplicadas as mesmas escalas psicométricas que foram aplicadas na 1ª sessão. Será ainda pedido à cliente que realize um balanço final dos momentos mais marcantes, as maiores dificuldades, a forma como as encarou, a existência de ganhos, a discordância com algum aspeto. Uma prática baseada na evidência deve ser também desenvolvida a partir do conhecimento do cliente, Craig e Smyth (2004).

Objetivos:

- Facilitar o processo de integração, por parte da cliente, da recordação da pessoa falecida de forma pacífica na vida atual
- Promover a expressão de sentimentos e emoções relacionados com a intervenção desenvolvida
- Promover o autoconhecimento e reforçar o olhar sobre si própria
- Avaliar a intervenção desenvolvida

Referências Bibliográficas:

Chalifour, J. (2009). *A intervenção terapêutica – Estratégias de Intervenção* (Vol. 2). Loures: Lusodidacta.

Craig, J. V., & Smyth, R. L. (2004). *Prática Baseada na Evidência - Manual para Enfermeiros*. Loures: Lusociência.

Worden, J. W. (1998). *Terapia do luto* (2ªed.). São Paulo: ArtesMédicas.

Identificação da Cliente

Nome: I.C.

Sexo: Feminino.

Idade: 40 anos.

Naturalidade: Lisboa.

Habilitações Literárias: Licenciatura.

Profissão: Professora do Ensino Básico.

Estado Civil: Casada.

Residência: Massamá.

Antecedentes Pessoais: Asma brônquica controlada com medicação e Hipertensão Arterial.

Data de Internamento: 30 de outubro de 2014.

Motivo de Internamento: Angústia e Tristeza que relaciona com a morte da mãe e com dificuldade na gestão de conflitos no emprego. Dificuldade na adesão terapêutica.

História pessoal

1) História pré-natal/nascimento

A Sr.^a I. refere não ter grandes informações sobre o seu nascimento e história pré-natal.

2) Infância

A Sr.^a I. tem lembrança de ter sido uma criança um pouco diferente das restantes. Não gostava das brincadeiras que as crianças da sua idade adotavam. Lembra-se de sempre ter gostado muito de ler e despende várias horas do seu dia fechada em casa a brincar sozinha. Os pais trabalhavam bastante e disponham de muito pouco tempo para a acompanhar.

3) Adolescência

Sempre foi uma excelente aluna, muito dedicada à escola. Nunca consumiu drogas e sempre se afastou das pessoas que o faziam. Lembre-se de sempre ter tido uma obsessão com as notas a ponto de chorar copiosamente, descontrolar-se, gritar quando não atingia o resultado máximo nos testes. Aos 15 anos foi referenciada pela diretora de turma da escola que frequentava para a clínica da Infância e Adolescência no Hospital Júlio de Matos em Lisboa por Agitação Psicomotora, Euforia e Desorientação. “Sentia-me muito Frustrada quando não conseguia obter as notas máximas”. “Chegava a rasgar testes com notas de 16 ou 17 valores”.

Foi medicada e aconselhada a iniciar psicoterapia que por razões económicas não realizou. Deixou de tomar a medicação psiquiátrica por volta dos 18 anos; “Durante o ensino superior sempre manteve a angústia e tristeza de não conseguir alcançar a perfeição”.

4) Idade adulta

Completo a licenciatura e segundo a cliente começou a lecionar numa Escola em Lisboa mantendo o mesmo comportamento.

Aos 30 anos vai lecionar para uma escola pública, num bairro social, para ficar mais perto de sua casa. Nesta altura refere nova agudização da doença. “Deixei de conseguir trabalhar, chorava imenso, isolava-me, não queria ver ninguém (...) ficava em casa sozinha”. A angústia instala-se no seu rosto, os olhos descem, anunciando a sensação de fracasso que a invadia, “Eu acho que sentia isto porque achava que era incapaz de desempenhar todas as funções que me foram atribuídas. Tinha que ensinar e acumulava o cargo de coordenadora do conselho de docentes”. Nesta altura refere que tomou terapêutica que não cumpria regularmente, fez psicoterapia e esteve com atestado de incapacidade temporária para o trabalho. “Não consigo precisar exatamente que medicação fiz. Não a fazia exatamente como me fora prescrita (...) dava-me muito sono, sentia-me muito inerte”. Segundo a Sr.^a I. em alternativa à medicação, cujos efeitos adversos comprometiam a sua vida

diária, "Iniciei sessões de psicoterapia quinzenais (...) foi quando me senti melhor".

Retomou a atividade profissional passadas algumas semanas tendo sido posteriormente transferida para uma escola no mesmo Concelho. " Durante todo este período estive sempre mal mas esforçava-se por parecer estar muito bem. Não posso passar a minha tristeza aos meus alunos. As pessoas à minha volta acham-me divertida, até porque muitas vezes finjo sê-lo".

Em Dezembro de 2013 abandona as sessões de psicoterapia. "Sentia-me sempre dependente da psicoterapia para lidar com as mais diversas situações. Fica-se com a sensação de que não temos qualquer controlo sobre a nossa vida".

Em Setembro de 2014 dá-se o falecimento da mãe subitamente, por complicações cardíacas, "Sinto-me triste pois sei que perder a minha mãe é a pior coisa do mundo. A minha mãe era a melhor de todas porque as mães são sempre as melhores".

Apesar de expressar este sentimento a utente refere que sempre teve uma relação conflituosa com a mãe e que esta nunca foi afetuosa ou esteve presente significativamente na sua vida. Segundo a cliente a sua mãe nunca valorizou verdadeiramente o seu sofrimento, " (...) acho que ela sempre me viu como uma miúda caprichosa e não como alguém que de facto estava a sofrer muito". A cliente refere que o sofrimento sempre a acompanhou ao longo da sua vida "(...) é como se fosse uma cruz que tivesse de carregar. Acho que sempre me senti triste, embora nem sempre conseguisse enumerar um motivo para tal".

Desde a morte da sua mãe que segundo a Sr.^a I. passou "a ter um segundo filho de 74 anos", uma vez que, o seu pai, que vivia ao cuidado da mãe, está agora dependente dela nas atividades diárias como, lavar e passar roupa, confeccionar refeições, motivo pelo qual tem que se deslocar ao Algarve, onde o pai reside, com alguma frequência. A Sr.^a I. associa o agravamento do seu estado a uma ida ao Algarve para cuidar do seu pai, "(...) regressei à casa onde os meus pais residiam e o contacto com as roupas e objetos da minha mãe fizeram-me muito mal". Segundo a cliente agravaram o seu sentimento de perda. Apesar da relação com a mãe ter sido algo conturbada a cliente

reconhece “(...) apesar de tudo, tentou educar-me da melhor forma que soube. A sua infância também não foi fácil. Nunca conheceu os pais, teve de se orientar sozinha no mundo. Eu, pelo menos, tive proteção e nunca me faltou nenhum bem de primeira necessidade”.

A cliente refere que tem um bom relacionamento com o filho de 9 anos embora com o marido sinta que a relação se deteriorou um pouco “Casei-me com 24 anos. Ele sempre foi um Homem excepcional, sempre me apoiou em tudo. Era a ele que eu recorria quando as forças me faltavam”. Porém, com o passar do tempo, mais particularmente, nos últimos anos, a Sr.^a I. diz ter havido um afastamento, “não sei se por causa dele ou de mim. Eu isolo-me muito. E ele, penso que já está muito cansado de toda esta situação. Isto também não é nada fácil para ele”. Segundo a cliente continua a contar com o marido para a ajudar mas o vínculo que os unia sofreu já alguns abalos. A Sr.^a I. afirma não ter muitos amigos, característica que perdura desde sempre, “Nunca gostei muito de sair (...) gosto de estar no meu canto, com os meus pensamentos”. Porém, acaba por confessar “que nunca me senti muito compreendida pelos outros, talvez por isso, nunca tenha criado grandes amizades (...) às vezes sinto falta de ter amigos”.

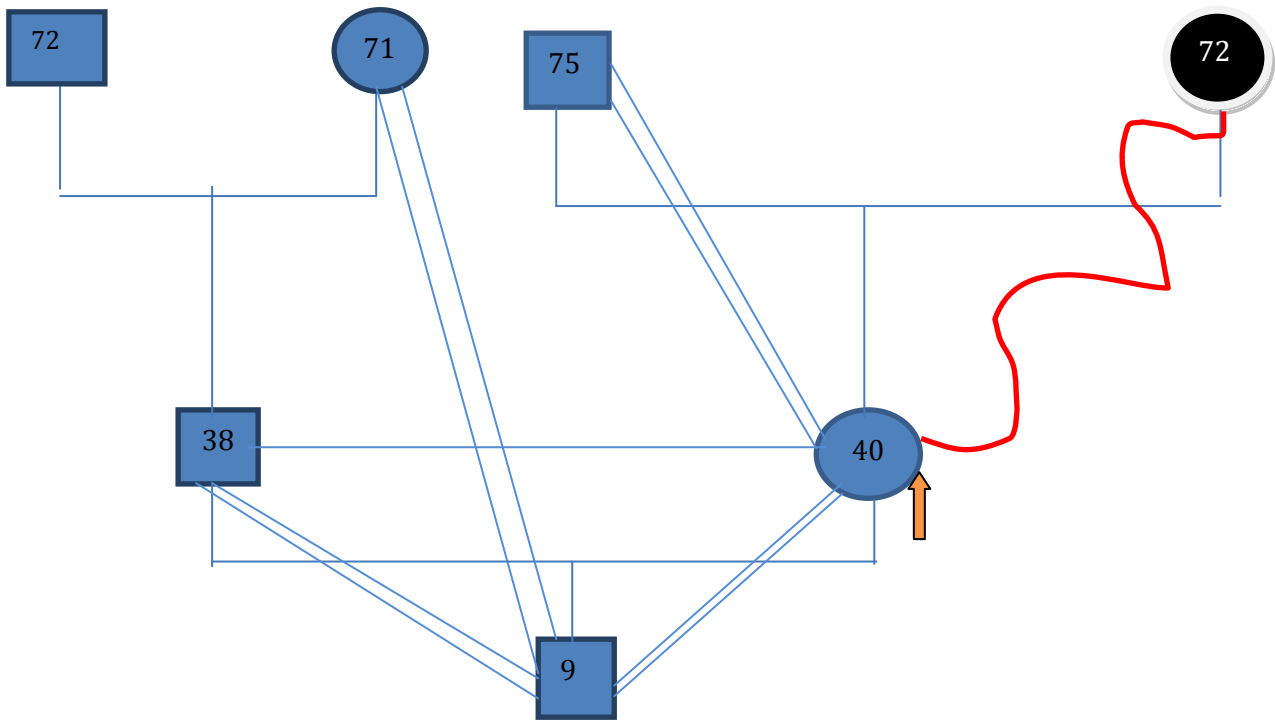
Segundo a cliente, “Desde a infância que me lembro que o meu pai era mais afetuoso que a minha mãe. E mesmo já casada e depois de ter o meu filho, a minha mãe só vinha a minha casa e estava presente em momentos importantes da minha vida se eu pedisse muito... como por exemplo quando nasceu o meu filho ou acabei o meu curso”.

Desde o falecimento da sua mãe que está de atestado por incapacidade temporária de trabalhar. Refere apatia, anedonia, não demonstrando vontade de realizar qualquer atividade, “(...) nem mesmo de ler que era uma coisa de que sempre gostei tanto”.

Na escola onde leciona refere que o ambiente não é bom. Teve um conflito com o Diretor da escola por divergências quanto à metodologia utilizada no Ensino. Neste momento sente alguma apreensão quando pensa que um dia vai ter que ir dar aulas para a mesma escola, “fazem-me sentir que não sou uma professora competente”.

Refere um desânimo geral quanto à sua vida “não me sinto realizada no trabalho, não sinto que seja uma boa mãe, nem uma boa esposa, porque com estas crises não consigo dar a assistência necessária à minha família.” Afirma já se ter questionado por diversas vezes “O que cá estou a fazer?”. A Sr.^a I., apesar de confessar que já pensou que a morte pudesse ser a resolução dos seus problemas, nunca foi capaz de o fazer pelo seu filho e pela crença que tem em Deus. Segundo a cliente é católica, não praticante, embora muito crente em Deus “Às vezes acho que é ele que me dá força para prosseguir, mesmo face a tanto sofrimento”. Quanto ao seu papel de mãe afirma “sei que nem sempre sou capaz de dar o que seria expectável, mas também sei que sou muito importante para o meu filho, para o seu crescimento e desenvolvimento.”

GENOGRAMA FAMILIAR



Legenda:



- Pessoa em estudo



- Mulher



- Homem



- Stress



- Muito próximo

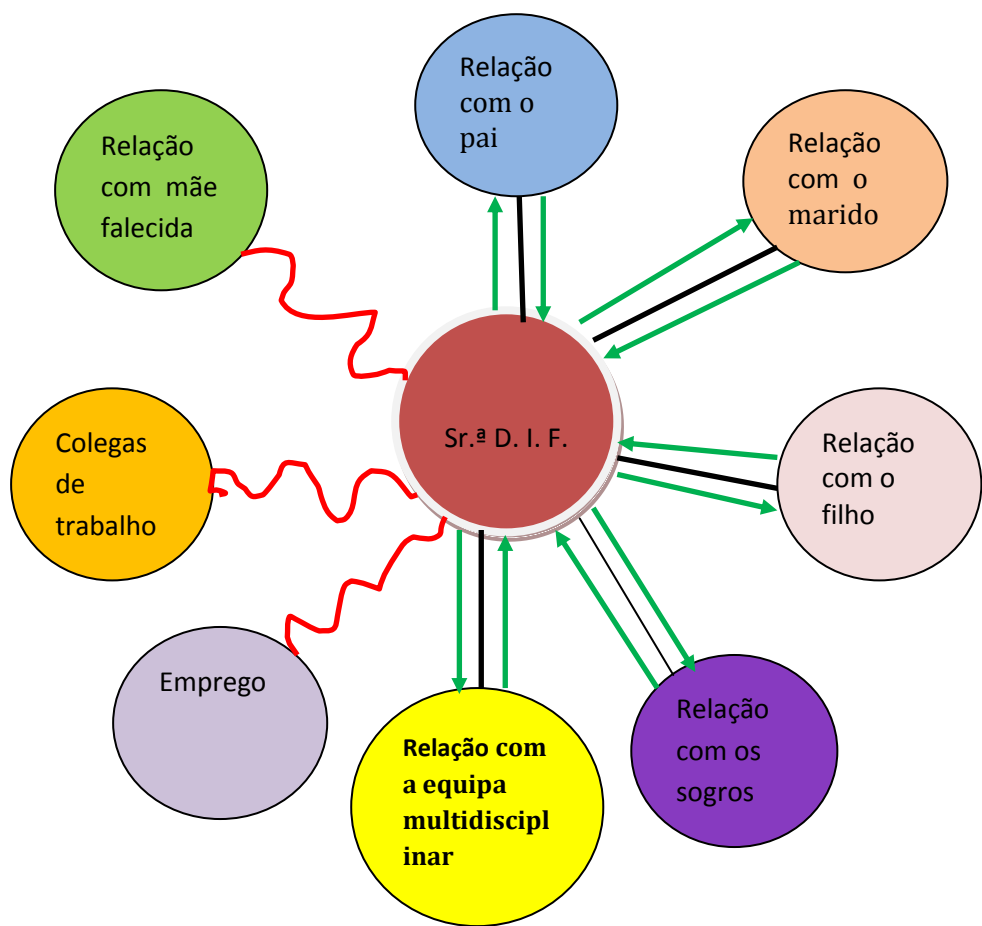


- Normal



- Falecimento

ECOMAPA



Legenda:

- Ligação normal
- Ligação forte
- ← Fluxos de energia/recursos
- Fluxos de energia/recursos
- ~ Ligação que traz stress/tensão

EXAME DO ESTADO MENTAL

Aparência e comportamento geral:

Aparência física ligeiramente descurada, cabelo mal penteado, vestuário apropriado à estação do ano, idade aparente ligeiramente superior à idade real. Apresenta IMC abaixo do que é considerado normal.

Nível de Consciência Orientação e Cognição:

Consciente, Orientada no tempo, espaço, auto e alo psiquicamente.

Percepção:

Não apresenta alterações da percepção.

Pensamento:

Curso e forma do pensamento aparentemente mantidos. O conteúdo do pensamento apresenta ideias sobrevalorizadas, nomeadamente a de perfeição, que a cliente deseja atingir e que desencadeiam frustração, tristeza e revolta, quando não é alcançada.

Insight:

Demonstra conhecimento em relação à sua situação atual. A cliente reconhece que os sintomas que apresenta são compatíveis com uma patologia psiquiátrica tendo insight para a sua doença e para a necessidade de internamento.

Juízo Crítico:

Apresenta evidência de juízo crítico sobre acontecimentos pessoais.

Humor e Emoções:

Humor deprimido, ansiedade.

Atitude:

Colaborante.

Atenção:

Facilmente captável e mantida.

Discurso e Linguagem:

Discurso coerente, organizado e fluente com linguagem cuidada e vocabulário rico.

Sem perturbação do discurso verbal, da compreensão, da leitura e da escrita.

Memória:

Doente refere dificuldade em recordar factos recentes. Sem alterações da memória remota.

Não foram observadas outras alterações da memória verbal e visual.

Comportamento:

Atividade psicomotora e comportamento normal.

MEDICAÇÃO

MEDICAMENTO	FORMA	DOSE	VIA	HORA
Seroquel	Comprimido	50mg	Oral	Pequeno-almoço e Jantar
Topiramato	Comprimido	50mg	Oral	Pequeno-almoço, Almoço, Jantar e Deitar
Dormidina	Comprimido	25mg	Oral	Deitar
Triticum	Comprimido	100mg	Oral	Deitar
Abilify	Comprimido	10mg	Oral	Almoço
Lisinopril	Comprimido	5mg	Oral	Pequeno-almoço
Diazepam	Ampola	10mg	Oral	S.O.S.

Avaliação através do Modelo Trinitário de Wright

Fatores geradores de Sofrimento



Crenças facilitadoras:

- Reconhecimento da doença e da necessidade de tratamento
- Reconhecimento da sua importância no crescimento e desenvolvimento do filho
- Reconhecimento da sua importância no papel de cuidadora do seu pai
- Crença em Deus

Crenças limitadoras:

- Crença de que é uma má mãe e uma má esposa
- Sentido deficitário de realização profissional/ Incompetência Profissional
- De que o Sofrimento “é uma cruz que tem de carregar para toda a vida”

PLANO DE CUIDADOS

Diagnóstico de Enfermagem (NANDA)	Ansiedade Elevada relacionada com sentimentos provocados por uma ameaça não específica ao Auto-conceito.
--	--

Resultados Esperados (NOC)	Que a Sr. ^a I. adquira controlo da ansiedade.
-----------------------------------	--

Intervenções de Enfermagem (NIC)

Escutar ativamente;
Promover relação de ajuda;
Ajudar a Sr.^a I. a reduzir o seu nível de ansiedade;
Apoiar de modo a melhorar o enfrentamento;
Ajudar a reconhecer a ansiedade e as suas causas;
Ajudar a estabelecer metas realistas;
Motivar para a participação nas atividades de reabilitação psicossocial;
Instruir sobre o uso de atividades de relaxamento;
Promover a continuação da adesão terapêutica;
Motivar a sua ida ao domicílio passar os fins de semana.

Avaliação: A Sr.^a I. tem aumentado gradualmente a sua participação nas atividades de reabilitação psicossocial. Foi passar os fins de semana ao domicílio e mantém adesão à terapêutica. Refere sentir-se menos ansiosa. “Os fins de semana têm corrido bem”. “Já consigo organizar-me e fazer a gestão das atividades domésticas sem entrar em stress”. Diz fazer uso das técnicas de relaxamento ensinadas e que lhe são particularmente úteis para lhe induzir o sono à noite (quando apresenta mais dificuldade em adormecer).

Diagnóstico de Enfermagem (NANDA)	Atividades de Recreação ou de Lazer Deficientes relacionadas com baixa auto-estima e ansiedade.
--	---

Resultados Esperados (NOC)	Que a Sr. ^a I. tenha motivação para realizar atividades de recreação ou lazer.
-----------------------------------	---

Intervenções de Enfermagem (NIC)

Melhorar a auto-estima;
Estabelecer metas mútuas;
Aumento da socialização;
Ajudar R. a encontrar atividades do seu interesse.

Avaliação: A Sr.^a I. já conseguiu encontrar atividades do seu interesse como trabalhos manuais e escrita criativa. Tem realizado estas atividades sempre que tem algum tempo livre.

Diagnóstico de Enfermagem (NANDA)	Baixa auto-estima Crônica relacionada com sentimentos negativos sobre si mesma e as suas próprias capacidades.
--	--

Resultados Esperados (NOC)	Que a Sr. ^a I. melhore a sua auto-estima.
---------------------------------------	--

Intervenções de Enfermagem (NIC)

Melhorar a auto-estima da Sr.^a I.;
Promover a socialização da Sr.^a I.;
Melhorar a auto-percepção;
Promover suporte emocional;
Promover a capacidade de resiliência;
Apoiar a tomada de decisão;
Promoção da esperança;
Redução da ansiedade;
Ajudar a controlar o humor.

Avaliação: A Sr.^a I. verbaliza sentimentos de Auto valorização e autoaceitação. Tem uma aparência mais cuidada e sente-se mais segura de si e do seu valor enquanto pessoa. Sempre que vai passar o fim de semana no domicílio despende de bastante tempo a cuidar da sua aparência.

Diagnóstico de Enfermagem (NANDA)	Desesperança relacionada com a Sr. ^a I. não conseguir encontrar alternativas e ser incapaz de mobilizar energias a seu favor.
--	--

Resultados Esperados (NOC)	Que a Sr. ^a I. adquira controlo da depressão.
-----------------------------------	--

Intervenções de Enfermagem (NIC)

Promoção da capacidade de resiliência;
 Promoção de esperança;
 Suporte emocional;
 Melhorar a autoperceção;
 Ajudar na modificação do comportamento;
 Estabelecimento de metas mútuas;
 Facilitação do processo de perdão;
 Facilitar o aumento da socialização.

Avaliação: A Sr.^a I. afirma sentir-se mais feliz e está a fazer planos para o futuro. Na atividade termómetro da esperança (numa escala de 1 – 9) a cliente posiciona-se no nível 6.5 tendo começado no nível 1 há 4 semanas. Esta atividade mede o nível de esperança que cada utente tem face aos acontecimentos, avanços e recuos da última semana na sua recuperação e no seu tratamento. A Sr.^a tem subido sempre o seu nível de esperança explicando sempre no que se baseia para o fazer.

**Apêndice 4 – Programa de Intervenção com técnica de relaxamento de
Jacobson**

Relaxamento Progressivo de Jacobson

Os antecedentes históricos do relaxamento remontam aos primórdios. Já os Egípcios, os Astecas, Mayas, Quíchuas e Incas pesquisavam as forças internas do ser humano com fins medicinais e entre estes estudos, dominavam e praticavam o relaxamento e o hipnotismo (Davis et al, 2008).

A evolução das técnicas de relaxamento ao longo do séc. XX e a sua consolidação como procedimentos válidos de intervenção psicológica deveu-se, em grande parte, ao forte impulso que receberam dentro da terapia e modificação do comportamento.

O relaxamento constitui um típico processo psicofisiológico de caráter interativo. Assim sendo, qualquer definição de relaxamento deve fazer referência aos seus componentes fisiológicos, psicológicos e comportamentais. Algumas intervenções para promoverem o relaxamento incluem meditação, relaxamento muscular progressivo, hipnose, técnicas que preconizam a respiração e a concentração.

O relaxamento progressivo, um método de relaxamento muscular profundo, foi desenvolvido em 1929 pelo médico fisiologista Edmond Jacobson, nos EUA. Edmund Jacobson começou os seus estudos a partir de sua impressão clínica acerca da existência de um relacionamento entre a vivência emocional e o grau de tensão muscular.

Esta técnica tem como premissa básica a tensão muscular que está, de algum modo, relacionada com a ansiedade e que um indivíduo experimentará uma redução bastante acentuada e reconfortante dessa ansiedade sentida, se os músculos tensos puderem ser relaxados. Um método poderoso e eficaz para induzir um estado de relaxamento progressivo dos músculos voluntários numa sequência ordenada, até que os grupos musculares principais do corpo estejam relaxados.

Os terapeutas frequentemente utilizam a técnica de relaxamento muscular progressivo de Jacobson, com algumas variações, tendo-se

observado excelentes resultados com este método no tratamento da tensão muscular, ansiedade, insónia, depressão, fadiga, intestino irritável, espasmos musculares, tensão arterial elevada e fobias ligeiras (Davis et al., 2008). Vários estudos (Ranjita & Sarada (2014), Ali & Halan (2010), Manzoni et al (2008)) demonstraram os outcomes terapêuticos da técnica de relaxamento na redução de sintomas de ansiedade e depressão. Ali & Halan (2010) comprovaram ainda, no seu estudo de caso, que o cliente obtém um benefício terapêutico que envolve a perceção de controle sobre uma crise emocional e fisiológica disruptiva, o que o ajuda a recuperar o seu funcionamento social. Georgiev et al. (2012) demonstraram que o Relaxamento muscular progressivo aumenta a perceção de bem-estar, bem como, contribui para a redução da ansiedade. De forma complementar, concluíram ainda que esta abordagem se revela bastante eficaz no tratamento de pessoas com sintomas psicóticos em fase de remissão.

A técnica de relaxamento deve ser ensinada e explicada pelo terapeuta, abordando os fundamentos e importância do relaxamento muscular profundo. Durante esta introdução e no procedimento restante, deve utilizar um tom de voz calmo e seguro, que irá provavelmente facilitar o relaxamento. Deve recomendar que as pessoas pratiquem o procedimento num contexto de auto administração. Esta técnica deve ser realizada num ambiente calmo, com luz ténue, a pessoa deve sentar-se com a cabeça apoiada ou deitar-se num colchão, para que esteja confortável, apoiando todo o corpo na cadeira ou colchão. Cada músculo ou agrupamento muscular é contraído de 5 a 7 segundos e então relaxado, de 20 a 30 segundos. Este procedimento é repetido pelo menos uma vez. Se determinada região continuar tensa, pode-se praticar até 5 vezes. Deve-se recomendar à pessoa que contraia apenas o grupo muscular que foi pedido, fazendo um esforço consciente para não contrair outros (Payne, 2000).

Plano da Sessão de Relaxamento

Caracterização do Grupo Alvo

Esta intervenção decorre no Serviço de Psiquiatria (internamento de Agudos). Todas as quartas-feiras se realizam sessões de relaxamento neste serviço, das 11h30 às 13h. Dentro deste programa de atividades, já previamente estabelecido, irei dinamizar durante 3 semanas, sessões de relaxamento progressivo de Jacobson. Nesta atividade participarão todos os clientes internados neste serviço que voluntariamente se disponibilizem.

Como critérios de exclusão para participação no grupo foram delimitados: Pessoas com doença Psicótica em fase ativa.

Objetivos

- Promover o Relaxamento muscular
- Diminuir os níveis de ansiedade

Metodologia

O instrumento de trabalho é o corpo em movimento, como meio de relação consigo próprio, com o outro e com o envolvimento (Espaço, tempo e objetos).

Planificação da Sessão

Recursos Humanos: Enfermeiro dinamizador da Sessão e Enfermeiro Orientador do estágio

Recursos Materiais: Sala, colchões, leitor de CD's; CD's com músicas de Relaxamento

Duração: 1 hora

Espaço: A sessão de relaxamento realizar-se-á na sala de atividades do internamento. É um local espaçoso, com chão de madeira, onde serão colocados os colchões e as almofadas para os clientes se deitarem. Será reduzida a luz ao mínimo. Este é um local geralmente com uma temperatura amena.

No início da sessão será pedido a cada um dos participantes que desligue os telemóveis e que retire os óculos e relógio. Ainda com os clientes sentados nos colchões irei fazer uma breve introdução, fundamentando o método a utilizar (no que consiste, quais os objetivos e como poderão aplicá-lo no seu dia a dia). De seguida será pedido aos clientes que se deitem de forma confortável, preferencialmente, de barriga para cima. Coloca-se a música ambiente e o enfermeiro com um tom de voz sereno, pausado, sempre dentro do mesmo ritmo dará início ao relaxamento:

- **Aplicação da técnica de relaxamento muscular progressivo de Jacobson, seguido de imagética**

No final, o Enfermeiro deverá aguardar que cada um, a seu tempo, desperte, observando as reações dos participantes. Se eventualmente, algum tiver adormecido e não desperte, o Enfermeiro deverá tranquilamente dirigir-se até ele, chamá-lo em voz baixa e tocar-lhe suavemente no braço até que este desperte.

Avaliação

O relaxamento dificilmente poderá ser avaliado por um único instrumento, uma vez que este inclui tanto a componente psicológica, como a fisiológica e a comportamental. Segundo Payne (2000) para que a avaliação evidencie de forma precisa o nível de relaxamento que a pessoa atingiu, esta deverá abarcar estas três dimensões. Assim sendo, a avaliação desta sessão assentará nas seguintes formas de medição: observação, medição fisiológica e autoavaliação. As manifestações comportamentais de relaxamento que poderão ser percecionadas durante a sessão, segundo Townsend (2011), são, distração a estímulos ambientais diminuída, postura calma e tranquila, sem evidência de inquietação, maneirismos comuns que incluem (olhos fechados, boca aberta, mãos abertas, dedos curvados e cabeça ligeiramente inclinada para o lado). No final de cada sessão será feita a avaliação da tensão arterial e da frequência cardíaca de cada utente e posteriormente comparados com os valores obtidos no início da manhã. Será ainda feita uma autoavaliação, por cada utente, colocando numa escala sob a forma de linha numerada de 1 a 10, aquele que representa o seu nível de relaxamento naquele momento. Este exercício será aplicado também no início de cada sessão para que possam ser comparados os valores. Será ainda feita uma partilha, por cada um dos participantes, de como se sentiu e do seu grau de satisfação com a técnica desenvolvida, face aos objetivos a que a mesma se propõe e ainda, face ao grau de utilidade da mesma.

Indicadores NOC :

Tendo em conta a intervenção planeada considera-se o seguinte indicador NOC que compreende o resultado expectável como resposta ao cuidado prestado:

- Nível de Ansiedade

Referências Bibliográficas

- Ali, U. & Hasan, S. (2010). The effectiveness of Relaxation Therapy in the reduction of anxiety related symptoms (a case study). *International Journal of Psychological studies*, 2(2), p.202-208.
- Davis, M.D., Eshelman, E. & McKay, M. (2008). *The relaxation and stress reduction workbook* (6º Ed.). Oakland, CA: New Harbinger Publications.
- Georgiev, A.; Probst, M.; Hert, M.; Genova, V.; Tonkova, A. & Vancampfort, D. (2012). Acute effects of Progressive Muscle relaxation on state anxiety and subjective well-being in chronic Bulgarian patients with Schizophrenia. *Psychiatria Danubina*, 4(24), p 367-372.
- Manzoni, G.; Pagnini, F.; Castelnuovo, G. & Molinari, E. (2008). Relaxation training for anxiety: a ten-years systematic review with meta-analysis. *BMC Psychiatry*, Jun, p. 8-41.
- Payne, R. (2000). *Técnicas de Relaxamento – Um Guia prático para profissionais de saúde* (2.ed.). Loures: Lusociência.
- Ranjita, L., Sarada N. (2014). Progressive Muscle Relaxation therapy in Anxiety: A Neurophysiological Study. *IOSR Journal of Dental and Medical Sciences (IOSR-JDMS)*. 13 (2), p. 25-28.
- Townsend, M.C. (2011). *Enfermagem em Saúde mental e Psiquiátrica: conceitos de cuidado na prática baseada na evidência*, (6º ed.) Loures: Lusociência.
- Werebe, D. M. (2000). Depressão no câncer. Em R. Fráguas Jr. & J. A. B. Figueiró (Orgs.). *Depressão em medicina interna e em outras condições médicas: depressões secundárias*. São Paulo: Atheneu, p.159-164.

Apêndice 5 – Consentimento Informado

Consentimento Informado

Tânia Margarida Martins Moreira Gonçalves, Enfermeira a exercer funções no Serviço de Cirurgia Geral, Piso 5, do CHLN – Hospital de Santa Maria, a frequentar o 5º Curso de Mestrado em Enfermagem: área de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, solicita a sua autorização para o desenvolvimento do Projeto de Intervenção de Enfermagem no Sofrimento Espiritual na Pessoa em cuidados Paliativos.

Tem como objetivos:

- Conhecer o(s) significado(s) e vivência(s) do Sofrimento espiritual da pessoa com doença oncológica em Cuidados paliativos
- Compreender a forma como a pessoa com doença oncológica em cuidados paliativos identifica os fatores de sofrimento espiritual na relação intra e interpessoal
- Planear e desenvolver intervenções clínicas à pessoa em sofrimento espiritual

A informação obtida será estritamente confidencial, não sendo revelada a terceiros, nem publicada.

A sua participação é anónima e voluntária, podendo retirar-se a qualquer altura ou recusar participar, sem que a sua decisão tenha qualquer consequência para si.

Depois de ser esclarecido e ter percebido as condições,

Aceito participar no Projeto acima mencionado.

Apêndice 6 – Entrevista Semi-Estruturada “Reconciliação Existencial”

Entrevista Semi-Estruturada: “Reconciliação Existencial” (Barbosa, 2010)

- Quem são as pessoas importantes na sua vida?
- Como descreve as pessoas que lhe estão mais próximas?
- Consegue pedir ajuda às pessoas quando precisa?
- Consegue partilhar os seus sentimentos com os outros?
- Há alguém que não vê há muito tempo e com quem gostaria de contactar ou falar?
- Sente a necessidade de se reconciliar com alguém?
- De que se sentiu responsável na sua vida e por quem?
- Sente-se desgastado por um sentimento de culpa?
- Consegue perdoar-se a si mesmo?
- Sente-se capaz de perdoar os outros?
- Como se sente em relação a si próprio neste momento?

Apêndice 7 – Entrevista Semi-Estruturada “Sentido e Propósito de Vida”

Entrevista Semi-Estruturada: “Reconciliação Existencial” (Barbosa, 2010)

- Quem são as pessoas importantes na sua vida?
- Como descreve as pessoas que lhe estão mais próximas?
- Consegue pedir ajuda às pessoas quando precisa?
- Consegue partilhar os seus sentimentos com os outros?
- Há alguém que não vê há muito tempo e com quem gostaria de contactar ou falar?
- Sente a necessidade de se reconciliar com alguém?
- De que se sentiu responsável na sua vida e por quem?
- Sente-se desgastado por um sentimento de culpa?
- Consegue perdoar-se a si mesmo?
- Sente-se capaz de perdoar os outros?
- Como se sente em relação a si próprio neste momento?

Apêndice 8 – Entrevista Semi-Estruturada “Esperança”

Entrevista Semi-Estruturada: “Esperança” (Barbosa, 2010)

- O que espera? Em que medida espera melhorar o seu estado de saúde?
- Está motivado para ficar melhor?
- Conseguirá fazer transformações na sua vida de forma a manter a sua saúde?
- Sente que tem responsabilidade na manutenção da sua saúde?
- Quando pensa no futuro o que é mais importante para si?
- A que se agarra em tempos difíceis?

Apêndice 9 – Entrevista Semi-Estruturada “Legado”

Entrevista Semi-Estruturada: Legado (Barbosa, 2010)

- Como gostaria de ser lembrado (pelas pessoas que lhe dizem alguma coisa)?
- Tem o sentimento de ter servido os outros?
- Teve causas pelas quais se bateu ou trabalhou?
- Há alguém ou alguma coisa cuja necessidade colocaria acima de si próprio?
- O que aprendeu sobre a vida que queria transmitir aos outros?
- Existem determinadas coisas que sente ainda necessidade de serem comunicadas às pessoas mais queridas?

Apêndice 10 – Entrevista Semi-Estruturada “Plenitude Existencial”

Entrevista Semiestruturada: “Plenitude Existencial” (Barbosa, 2010)

Autoaceitação

- Sente que a sua vida foi boa?
- Que aspetos lhe parecem ser mais importantes da sua história na sua família?
- Quando se sentiu mais vivo? Quais as realizações mais importantes? De que se sente mais orgulhoso?
- Quais as características que aprecia em si?
- Que aspetos a sua família mais aprecia em si?
- Sente-se satisfeito com a vida? Sente-se preenchido com a vida que leva?
- Quais são as suas fontes de conforto e paz?

Autoeficácia – Força interior

- De que forma esta experiência mudou a sua vida?
- Sente-se com controlo? O que pode fazer para se ajudar a si próprio?
- O que é que pode fazer para tornar a sua vida diferente?
- O que o faz sentir-se forte no meio da sua doença?
- Quais são os principais obstáculos para se sentir seguro e com controlo razoável à medida que a doença avança?
- Quais foram os momentos em que se sentiu mais desencorajado ao encarar a doença?
- O que há na sua vida que lhe dá “força interior” e o faz sentir-se vivo?

Apêndice 11 – Planeamento das Sessões da Intervenção em CP

Planificação da intervenção no Sofrimento Espiritual

1º Sessão “Vivências da doença”

Aplicação das escalas psicométricas (Dimensão do Sofrimento Espiritual extraída do Inventário das experiências subjetivas do sofrimento (McIntery & Gameiro, 1999), Escala de avaliação da Espiritualidade em contexto de saúde (Pinto & Pais-Ribeiro, 2007) e Escala de Esperança de Herth (Viana et al., 2010)). Realização da Entrevista Semiestruturada “Vivências da Doença” (Apêndice 12).

Objetivos:

Identificar os significados e vivências do sofrimento da pessoa com doença oncológica em fim de vida

Identificar as expressões de sofrimento espiritual na pessoa com doença oncológica em fim de vida

Identificar as necessidades espirituais, psicológicas, sócio-familiares e físicas manifestadas pela pessoa com doença oncológica em fim de vida

Permitir a expressão de emoções e sentimentos associados à vivência da doença

Acolher o cliente em sofrimento, fazendo uso da Escuta ativa, do respeito caloroso e da atitude empática

Recursos: Mesa, cadeiras, caneta, papel

Tempo: 1h30min

2º Sessão: Reconciliação Existencial

Intervenção	Objetivos específicos	Recursos	Atividade	Tempo
Aquecimento	<ul style="list-style-type: none"> - Fortalecer a relação terapêutica com o utente, utilizando a escuta ativa - Permitir a expressão de sentimentos e emoções por parte do cliente 	<p>Mesa</p> <p>Cadeiras</p>	Será solicitado ao cliente que se expresse em relação ao que considerou importante ter acontecido no período que levou desde a última sessão até ao momento. Será questionado se houve alguma questão em relação à sessão anterior que tivesse ficado por colocar.	10 min
Desenvolvimento:	<ul style="list-style-type: none"> - Facilitar a tomada de consciência, por parte do cliente, do seu suporte social - Facilitar a expressão de sentimentos e emoções, por parte do cliente, relacionados com a forma como se relaciona com os outros - Identificar possíveis sentimentos de culpa - Acolher o cliente em sofrimento, fazendo uso da escuta ativa e da “compaixão saudável” 	<p>Mesa</p> <p>Cadeiras</p>	Será aplicada a entrevista Semiestruturada “Reconciliação Existencial” (Apêndice 6). Ao Enfermeiro caberá escutar atentamente o que lhe é dito, demonstrando respeito e uma atitude empática para com o cliente. Deverá facilitar a expressão de sentimentos e emoções, e promover a consciencialização, por parte do cliente, dos mesmos. Deverá ajudar o cliente a mobilizar os recursos necessários para fazer face às questões não resolvidas.	30 min.
	<ul style="list-style-type: none"> - Promover a tomada de consciência, por parte do cliente, dos projetos truncados - Promover a tomada de consciência, por parte do cliente, dos seus recursos internos e externos - Permitir a expressão de sentimentos e emoções 	<p>Papel</p> <p>Caneta</p> <p>Mesa</p> <p>Cadeiras</p> <p>Meios áudio-</p>	Ao som de uma música serena, será pedido ao cliente que num papel escreva as tarefas que considera estarem inacabadas. Deverá ainda fazer uma reflexão sobre a exequibilidade das mesmas, descrevendo as estratégias a implementar para lhes dar resposta.	20 min.

	- Promover a reflexão sobre estratégias a adotar na resolução de problemas	visuais		
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> - Facilitar o processo de tomada de consciência, por parte do cliente, da exequibilidade das tarefas inacabadas - Incentivar as crenças positivas que o cliente detém e si próprio - Acolher o cliente em sofrimento, fazendo uso da “compaixão saudável” 	<p>Cadeiras</p> <p>Mesa</p>	<p>No final, o cliente deverá partilhar as suas reflexões, dando-se lugar a um momento de reflexão conjunta sobre a implementação de estratégias para as tarefas nomeadas.</p> <p>No final, será realizado um balanço de toda a sessão e reforçadas as crenças facilitadoras demonstradas pelo cliente. Será reforçada a ideia de que ainda há tarefas por terminar e que são passíveis de serem terminadas.</p> <p>No final o cliente deverá dizer a forma como percecionou, viveu e sentiu a sessão; aspetos positivos ou negativos; como se sente no final</p>	30 min.

3º Sessão: Sentido e Propósito de Vida

Intervenção	Objetivos específicos	Recursos	Atividade	Tempo
Aquecimento	<ul style="list-style-type: none"> - Fortalecer a relação terapêutica com o utente, utilizando a escuta ativa - Permitir a expressão de sentimentos e emoções por parte do cliente - Fomentar o sentimento de utilidade e de capacidade 	<p>Mesa</p> <p>Cadeiras</p>	Será solicitado ao cliente que se expresse em relação ao que considerou importante ter acontecido no período que levou desde a última sessão até ao momento. Será questionado ao cliente se já pôs em prática alguma das estratégias nomeadas nas sessões anteriores.	10 min
Desenvolvimento:	<ul style="list-style-type: none"> - Facilitar a tomada de consciência, por parte do cliente, do sentido que atribui à sua vida - Facilitar a tomada de consciência, por parte do cliente, do impacto que esta doença tem na sua vida - Facilitar a expressão de sentimentos e emoções, por parte do cliente, relacionados com o sentido e propósito da sua vida - Facilitar a tomada de consciência, parte do cliente, de fontes de sentido -Acolher o cliente em sofrimento, fazendo uso da escuta ativa e da “compaixão saudável” 	<p>Mesa</p> <p>Cadeiras</p>	Será aplicada a entrevista Semiestruturada “Sentido e Propósito de vida” (Apêndice7). Ao Enfermeiro caberá escutar atentamente o que lhe é dito, demonstrando respeito e uma atitude empática para com o cliente. Deverá facilitar a expressão de sentimentos e emoções, e promover a consciencialização, por parte do cliente, das mesmas.	30 min.
	<ul style="list-style-type: none"> - Proporcionar o tempo e o espaço para o cliente se encontrar consigo próprio, refletindo sobre os momentos significativos da sua vida 	<p>Papel</p> <p>Caneta</p>	Ao som de uma música relaxante, sentado num cadeirão, será pedido ao cliente que feche os olhos durante uns minutos e se recorde das experiências ou momentos em que a sua vida lhe pareça particularmente significativa. A seu tempo, deverá	20 min.

	<ul style="list-style-type: none"> - Promover a reelaboração da vida vivida como fonte de sentido - Permitir a expressão de sentimentos e emoções 	<p>Meios áudio-visuais</p> <p>Cadeirão</p>	<p>escrever no papel dos momentos que se lembrou.</p>	
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> - Facilitar o processo de tomada de consciência, por parte do cliente, dos momentos que dão sentido à sua vida -Promover, por parte do cliente, a resignificação dos momentos importantes da sua vida - Favorecer o aumento do sentido e propósito de vida 	<p>Cadeiras</p>	<p>No final, o cliente deverá partilhar os momentos que considera serem os mais significantes na sua vida. Ser-lhe-á pedido que os descreva com a máxima precisão que conseguir.</p> <p>No final, será realizado um balanço de toda a sessão e reforçadas as vivências positivas do cliente ao longo da vida.</p> <p>No final o cliente deverá dizer a forma como percecionou, viveu e sentiu a sessão; aspetos positivos ou negativos; como se sente no final</p>	<p>30 min.</p>

4º Sessão: Esperança

Intervenção	Objetivos específicos	Recursos	Atividade	Tempo
Aquecimento	<ul style="list-style-type: none"> - Fortalecer a relação terapêutica com o utente, utilizando a escuta ativa - Permitir a expressão de sentimentos e emoções por parte do cliente 	<p>Mesa</p> <p>Cadeiras</p>	Será solicitado ao cliente que se expresse em relação ao que considerou importante ter acontecido no período que levou desde a última sessão até ao momento.	5 min
Desenvolvimento:	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar a existência de fontes de Esperança - Identificar a Esperança que o cliente apresenta face à sua situação de doença - Facilitar a expressão de sentimentos e emoções, por parte do cliente, relacionados com vivência da doença - Acolher o cliente em sofrimento, fazendo uso da escuta ativa e da “compaixão saudável” 	<p>Mesa</p> <p>Cadeiras</p>	Será aplicada a entrevista Semiestruturada “Esperança” (Apêndice 8). Ao Enfermeiro caberá escutar atentamente o que lhe é dito, demonstrando respeito e uma atitude empática para com o cliente. Deverá facilitar a expressão de sentimentos e emoções, e promover a consciencialização, por parte do cliente, das mesmas.	30 min.
	<ul style="list-style-type: none"> - Promover a tomada de consciência, por parte do cliente, da existência de novos interesses - Promover a tomada de consciência, por parte do cliente, dos seus recursos internos e externos - Permitir a expressão de sentimentos e emoções - Promover a reflexão sobre estratégias a adotar na 	<p>Papel</p> <p>Caneta</p> <p>Meios áudio-visuais</p> <p>Cadeiras</p>	Ao som de uma música serena, será pedido ao cliente que pense agora em novas coisas/projetos que gostasse de empreender e que lhe pareçam exequíveis. Deverá escrevê-los num papel, bem como as estratégias a implementar para os atingir.	15 min.

	resolução de problemas	Mesa		
Conclusão	<p>- Fomentar a Esperança</p> <p>- Facilitar o processo de tomada de consciência, por parte do cliente, da existência de fontes de Esperança</p> <p>- Incentivar as crenças positivas que o cliente detém acerca de si mesmo</p>	<p>Cadeiras</p> <p>Mesa</p>	<p>No final, o cliente deverá partilhar coisas que ainda gostaria de concretizar e as estratégias encontradas para as alcançar. No final, será proposto ao cliente que escolha um sítio, que lhe seja visível diariamente, para colocar esta folha que acabara de escrever. À medida que for concretizando os feitos que deseja deverá sublinhá-los. Sempre que lhe ocorrer outra tarefa que gostasse de concretizar deverá acrescentá-la, juntamente com os recursos e estratégias que deverá empreender para as alcançar.</p> <p>No final, será realizado um balanço de toda a sessão e será questionado ao cliente o que de mais significativo teve esta sessão para si; como se sente no final.</p>	30 min.

5ª Sessão: Legado

Intervenção	Objetivos específicos	Recursos	Atividade	Tempo
Aquecimento	<ul style="list-style-type: none"> - Fortalecer a relação terapêutica com o utente, utilizando a escuta ativa - Permitir a expressão de sentimentos e emoções por parte do cliente -Fomentar o Sentimento de autoeficácia 	<p>Mesa</p> <p>Cadeiras</p>	Será solicitado ao cliente que se expresse em relação ao que considerou importante ter acontecido no período que levou desde a última sessão até ao momento. Será ainda questionado relativamente à folha de tarefas que guardara da sessão anterior e como estava a funcionar a tarefa que lhe fora proposta, de ir sublinhando o que já havia conseguido.	10 min
Desenvolvimento:	<ul style="list-style-type: none"> - Promover a revisão de vida, valorizando os momentos mais significativos - Promover a reelaboração do vivido - Facilitar a tomada de consciência de si próprio, do que foi e de como gostaria de ser lembrado 	<p>Mesa</p> <p>Cadeiras</p>	Será aplicada a entrevista Semiestruturada “Legado” (Apêndice 9). Ao Enfermeiro caberá escutar atentamente o que lhe é dito, demonstrando respeito e uma atitude empática para com o cliente. O Enfermeiro deverá facilitar a reflexão, por parte do cliente, sobre os feitos da sua vida, os ensinamentos adquiridos, para que este consiga mais facilmente aceder à imagem que gostaria de deixar aos outros.	30 min.
	<ul style="list-style-type: none"> - Promover a tomada de consciência da vida vivida - Fomentar o sentido e Propósito Existencial 	<p>Papel</p> <p>Aquarelas</p> <p>Lápis de cor</p> <p>Caneta</p> <p>Cadeiras</p>	Serão fornecidos ao cliente materiais (conforme as suas preferências) de escrita (papel, caneta, envelope), desenho/pintura (aquarelas, lápis) um envelope e um papel. Ser-lhe-á proposto que transfira para o papel a mensagem que gostaria de deixar a(s) qualquer/quaisquer pessoa(s) mais próxima(s). Será colocada uma música tranquila.	20 min.

		Mesa		
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> - Fomentar a Esperança - Facilitar o processo de tomada de consciência, por parte do cliente, da existência de fontes de Esperança - Incentivar as crenças positivas que o cliente detém acerca de si mesmo 	<p>Cadeiras</p> <p>Mesa</p>	<p>No final, o cliente deverá partilhar a mensagem transcrita para o papel e o sentido que lhe atribui. Ser-lhe-á proposto que coloque o papel no envelope, feche a carta, e que a entregue à(s) pessoa(s) a quem a(s) redigiu.</p> <p>No final, será feita uma súmula da sessão e reforçada a importância de dizermos às pessoas o significado que elas têm para nós e permitirmo-nos partilhar com elas os ganhos e aprendizagens de uma vida. Será pedido ao cliente que faça um balanço do que experienciou ao longo da sessão e como se sente no final.</p>	30 min.

6º Sessão: Plenitude Existencial

Intervenção	Objetivos específicos	Recursos	Atividade	Tempo
Aquecimento	<ul style="list-style-type: none"> - Fortalecer a relação terapêutica com o utente, utilizando a escuta ativa - Permitir a expressão de sentimentos e emoções por parte do cliente -Fomentar o Sentimento de autoeficácia - Fomentar o sentimento de esperança 	<p>Mesa</p> <p>Cadeiras</p>	<p>Será solicitado ao cliente que se expresse em relação ao que considerou importante ter acontecido no período que levou desde a última sessão até ao momento. O cliente será, mais uma vez, abordado relativamente à consecução das tarefas que o próprio escrevera numa folha.</p>	10 min
Desenvolvimento:	<ul style="list-style-type: none"> - Promover a revisão de vida, valorizando os momentos mais significativos - Promover a reelaboração do vivido - Facilitar a tomada de consciência de si próprio e da sua história de vida -Promover a identificação, por parte do cliente, das suas características positivas -Promover o sentimento de autoaceitação e autoeficácia 	<p>Mesa</p> <p>Cadeiras</p>	<p>Será aplicada a entrevista Semiestruturada “Plenitude Existencial” (Apêndice 10). Ao Enfermeiro caberá escutar atentamente o que lhe é dito, demonstrando respeito e uma atitude empática para com o cliente. O Enfermeiro deverá facilitar a narração de vivências e a expressão de sentimentos e emoções.</p>	30 min.
	<ul style="list-style-type: none"> - Promover a tomada de consciência da vida vivida - Fomentar o Sentimento de Plenitude Existencial 	<p>Papel</p> <p>Caneta</p>	<p>Será pedido ao cliente que escolha uma música de que goste particularmente. Sentado num cadeirão, ao som da música escolhida, será pedido ao cliente que pense em 3 coisas que o impressionaram como belas e que ainda o fazem sentir-se vivo.</p>	10/15 min.

	- Promover o acesso aos momentos mais significativos da sua vida	Cadeirão Mesa	Poderá escrevê-las num papel.	
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> - Fomentar o sentimento de Plenitude existencial - Facilitar o processo de tomada de consciência, por parte do cliente, da existência de fontes de motivação para se sentir vivo - Fomentar a continuidade da busca pelo Sentido e Propósito de Vida -Avaliar a intervenção desenvolvida 	Cadeiras Mesa	<p>No final, o cliente deverá partilhar as 3 coisas que considera mais o terem impressionado como belas e que o fazem sentir-se vivo. No final será proposto ao cliente que tente reunir algo que associe a essas 3 coisas (fotografias, textos, objetos, ...) e os reúna num sítio onde possa aceder diariamente.</p> <p>No final, será feito um balanço das várias sessões realizadas. Será pedido ao cliente que faça um balanço do que experienciou ao longo de todo este processo, como se foi sentindo no decorrer da intervenção e como se sente no final. Que ganhos considera ter obtido e o que gostaria que tivesse sido diferente. Serão aplicadas as mesmas escalas da 1ª sessão.</p>	50 min.

Apêndice 12 – Entrevista Semi-Estruturada “Vivências da Doença”

Entrevista Semi-Estruturada: “Vivências da Doença”

1) Gostaria que me falasse sobre a sua experiência...

- Como se sentiu no início (desde a receção do diagnóstico) e como se sente agora?
- Que reações teve e que ainda tem?
- Em que aspetos ocorreram mudanças ao longo da sua doença e como se sente em relação às mesmas? Que impacto tiveram?
- Quais são as suas principais necessidades, preocupações e receios?
- Como se sente consigo próprio, enquanto pessoa (em termos da sua existência)? E do ponto de vista psicológico/emocional?
- Quais são os seus pensamentos sobre a sua doença?
- Quais são os seus pensamentos acerca de como a sua doença tem afetado a sua família e amigos? E como se sente face a isso?

2) Como tem lidado com esta situação?

3) O que é para si a vida? Qual o sentido que dá à vida?

4) O que é para si o sofrimento? Tem-no vivenciado ao longo da sua doença? Como?

- O que lhe tem causado sofrimento?
- Encontra algum sentido para o mesmo?
- Ocorreram de alguma forma, transformações/modificações na sua maneira de ser, em virtude do seu sofrimento?

5) Existe mais alguma coisa que gostasse de partilhar ou algum comentário que queira fazer a respeito do que conversámos?

6) Como se está a sentir agora? Houve alguma questão que o perturbou de alguma forma? Comparativamente ao que sentia antes de iniciarmos, está melhor, pior ou igual?

Resultados da 1ª Entrevista e da Aplicação das Escalas – Avaliação Inicial

(1º Sessão)

Sr. V. C.

Perdas

Perdas a nível Biofísico: sensação de bem-estar físico (desconforto) e boa saúde

Perdas a nível Emocional e Psicológico: do bem-estar psicológico e emocional; da autoestima/autoconceito/identidade

Perdas a nível social: da vida laboral; das atividades de lazer, ocupação de tempos livres;

Perdas a nível Espiritual: de sonhos, habilidade de fazer planos e de realizar projetos; sentimento de esperança; do significado/Sentido

Perdas a nível Intelectual: Funcionamento cognitivo (atenção, concentração, memória)

Representações ou perspetivas a respeito da morte

Morte como acontecimento final

Medos

Medo da morte/ de morrer

Medo da perda de pessoas

Medo do agravamento da situação clínica

Medo de ser um peso/”fardo” para os outros

Medo de perder a autonomia\independência

Medo de perder o controle

Medo do sofrimento e da dor

Medo do futuro / da adaptação às futuras mudanças

Medo da morte / de morrer

Medo de fazer os outros sofrer com a sua morte

Medo de uma morte lenta

Medo de uma morte dolorosa

Medo de abandonar os que dependem de si

Medo existencial (deixar de ser)

Significado da Vida

Enquanto ato de coragem

Alicerçado na antítese saúde vs doença

Sentido da vida

Pelos afetos/vivências das relações humanas

Pela atividade laboral

Modalidade de Sofrimento Psicológico

Tristeza/infelicidade

Preocupações/medos

Perda de bem-estar psicológico e emocional

Desânimo

Irritabilidade

Modalidade do Sofrimento Relacional

Preocupações financeiras e económicas

Sentimento/Medo de ser um peso para os outros

Sentimento de inutilidade

Modalidade do sofrimento físico

Tratamentos médicos

Perda de energia

Modalidade do Sofrimento Existencial/Espiritual

Modificações das expectativas e de planos futuros

Sentimentos de arrependimento

Significado do Sofrimento

Enquanto experiência difícil de lidar

Enquanto obstáculo à realização pessoal/luta entre o que se deseja e o que se pode

Sentido do Sofrimento

Ausência de Sentido

Transformações /Experiências negativas do Sofrimento

Ao nível da capacidade de fazer projetos para o futuro

Ao nível da capacidade de usufruir do presente

Capacidade de suportar o sofrimento comparativamente ao que se presumia ser capaz antes do adoecer corporal

Inferior

Necessidades relacionadas com a doença

De melhoria da qualidade de vida

Necessidades Sócio-familiares e culturais

De resguardar os outros da sua condição de doente/de não fazer sofrer, de não ser uma sobrecarga física e emocional

De ocupação

Necessidades Espirituais/Existenciais

De realização (de concretização de expectativas/Projetos)

De alongamento do tempo de vida, para “estar no mundo” e viver

Necessidades Psicológicas e Emocionais

De controlo das emoções

Estratégias de coping focadas na Emoção – Dimensão aproximação, perante o diagnóstico (etapas iniciais da situação de doença)

Esperança/Otimismo

Estratégias de coping focadas na emoção – dimensão evitamento, perante o diagnóstico (etapas iniciais da situação de doença)

Minimização

Estratégias de coping focadas no Problema, perante o diagnóstico – etapas iniciais da situação de doença

Espírito de luta/Combativo

Estratégias de coping focadas na emoção – dimensão aproximação, face à evolução da doença (situação de doença terminal)

Descarga emocional/catarse

Conflitos existenciais

- Desejo de viver/inevitabilidade da morte
- Liberdade de escolha/responsabilidade da decisão

Ambivalência Existencial (o desejo de morrer assume-se como flutuante, gerando confusão esta inconsistência dos seus desejos. Desejo de viver *versus* desejo de morrer para pôr fim ao sofrimento)

Isolamento Existencial (sentimento de que ninguém percebe o que está a experienciar. Esta é para ele uma experiência que não é acolhida pelos outros e que inevitavelmente o isola)

Vazio Existencial (Fundamenta-se na falta de objetivos na vida, sentimento de não realização, sensação de falta de significado na vida)).

Medo Existencial (Associado a todos os medos previamente enunciados)

ESCALAS:

Escala de Esperança de Herth: score 15

Escala de avaliação da Espiritualidade em contexto de saúde: score 11

- Dimensão vertical “crenças”: Score 4
- Dimensão Horizontal “Esperança/Otimismo”: score 1

Inventário de Experiências subjetivas de Sofrimento na Doença (Dimensão do Sofrimento Espiritual/Existencial): score 70

Sr.ª L. F.

Perdas

Perdas a nível Biofísico: sensação de bem-estar físico (desconforto) e boa saúde; das capacidades físicas ou unções corporais/biológicas (locomoção, alterações do ciclo vigília-sono, etc)

Perdas a nível Emocional e Psicológico: do bem-estar psicológico e emocional; da autoestima/autoconceito/identidade; da autoimagem/imagem corporal/sentimento de completude ou integridade

Perdas a nível social: da vida laboral; das atividades de lazer, ocupação de tempos livres; da vida convival (amigos); dos papéis quotidianos (papéis domésticos)

Perdas a nível Espiritual: de sonhos, habilidade de fazer planos e de realizar projetos; sentimento de esperança; do significado/Sentido; do rumo

Representações ou perspetivas a respeito da morte

Morte como acontecimento final

Medos

Medo da morte/ de morrer

Medo do agravamento da situação clínica

Medo de ser um peso/"fardo" para os outros

Medo de perder a autonomia\independência

Medo do sofrimento e da dor

Medo do futuro / da adaptação às futuras mudanças

Medo de desiludir/dececionar os outros

Medo da morte / de morrer

Medo de morrer sozinho

Medo de uma morte lenta

Medo de uma morte dolorosa

Medo de perder as coisas boas da vida

Significado da Vida

Como um projeto

Sentido da vida

Pelo contacto com a cultura e a arte

Pela autoatualização/objetivos cumpridos

Modalidade de Sofrimento Psicológico

Tristeza/infelicidade

Preocupações/medos

Perda de bem-estar psicológico e emocional

Desânimo

Alterações da autoestima/autoconceito/identidade

Insónia

Vulnerabilidade/Fragilidade

Modalidade do Sofrimento Relacional

Preocupações/medos relacionados com o meio social (família e amigos)

Sentimento/Medo de ser um peso para os outros

Modalidade do sofrimento físico

Dor

Perda de energia

Modalidade do Sofrimento Existencial/Espiritual

Finitude da vida

Modificações das expectativas e de planos futuros

Sentimentos de arrependimento

Significado do Sofrimento

Alicerçado na doença

Enquanto injustiça

Sentido do Sofrimento

Perda do sentido/sentido comprometido (sentido anterior: enquanto experiência positiva para valorizar o objetivo alcançado)

Transformações /Experiências negativas do Sofrimento

Ao nível do self (na relação consigo próprio e com os outros)

Ao nível da capacidade de fazer projetos para o futuro

Ao nível da capacidade de usufruir do presente

Capacidade de suportar o sofrimento comparativamente ao que se presumia ser capaz antes do adoecer corporal

Inferior

Necessidades relacionadas com a doença

De melhoria da qualidade de vida

Necessidades Sócio-familiares e culturais

De morrer acompanhado

De ocupação

Necessidades Espirituais/Existenciais

De conforto religioso/ de aprofundar a relação com Deus

De realização (de concretização de expectativas/Projetos)

De alongamento do tempo de vida, para “estar no mundo” e viver

Necessidades Psicológicas e Emocionais

De escuta/comunicação/expressão de emoções

Estratégias de coping focadas na Emoção – Dimensão aproximação, perante o diagnóstico (etapas iniciais da situação de doença)

Procura de Suporte social

Estratégias de coping focadas na emoção – dimensão evitamento, perante o diagnóstico (etapas iniciais da situação de doença)

Regulação afetiva/controlo emocional

Estratégias de coping focadas no Problema, perante o diagnóstico – etapas iniciais da situação de doença

Procura de suporte instrumental

Estratégias de coping focadas na emoção – dimensão evitamento, face à evolução da doença (situação de doença terminal)

Retraimento social

Estratégias de coping focadas no Problema, face à evolução da doença (situação de doença terminal)

Controlo cognitivo e Planificação

Conflitos existenciais

- Perda de controlo/posse da vida
- Desejo de viver/inevitabilidade da morte

Ambivalência Existencial (o desejo de morrer como resposta ao sofrimento vivenciado *versus* vontade de viver).

Vazio Existencial (Assume-se no sentimento de não realização, sensação de falta de significado na vida e questionamento do sistema de crenças/fé religiosa).

Medo Existencial (Decorrente de todos os medos já enumerados)

ESCALAS:

Escala de Esperança de Herth: score 18

Escala de avaliação da Espiritualidade em contexto de saúde: score 11

- Dimensão vertical “crenças”: Score 4
- Dimensão Horizontal “Esperança/Otimismo”: score 1

Inventário de Experiências subjetivas de Sofrimento na Doença (Dimensão do Sofrimento Espiritual/Existencial): score 68

Sr.ª C. G.

Perdas

Perdas a nível Biofísico: sensação de bem-estar físico (desconforto) e boa saúde

Perdas a nível Emocional e Psicológico: da autoestima/autoconceito/identidade

Perdas a nível social: das atividades de lazer, ocupação de tempos livres; da vida convival (amigos); da confiança nos médicos

Perdas a nível Espiritual: de sonhos, habilidade de fazer planos e de realizar projetos; sentimento de esperança; do significado/Sentido; da confiança/crença numa entidade divina ou transcendental

Representações ou perspetivas a respeito da morte

Morte como desconhecido/dúvida

Medos

Medo da morte/de morrer

Medo do agravamento da situação clínica

Medo de ser um peso/"fardo" para os outros

Medo do sofrimento e da dor

Medo do futuro / da adaptação às futuras mudanças

Medo da morte / de morrer

Medo de morrer sozinho

Medo de morrer com assuntos inacabados

Medo de uma morte dolorosa

Medo da morte prematura

Medo existencial (deixar de ser)

Significado da Vida

Enquanto bem precioso

Sentido da vida

Pelo altruísmo

Pela satisfação consigo próprio/orgulho existencial

Modalidade de Sofrimento Psicológico

Preocupações/medos

Sentimentos de incerteza

Desânimo

Alterações da autoestima/autoconceito/identidade

Culpa (real ou imaginada)

Modalidade do Sofrimento Relacional

Problemas na relação com os profissionais de saúde (falta de sensibilidade e qualidades humanas por parte dos profissionais de saúde)

Sentimento/Medo de ser um peso para os outros

Assuntos pendentes

Modalidade do sofrimento físico

Tratamentos médicos

Modalidade do Sofrimento Existencial/Espiritual

Finitude da vida

Não confiança na transcendência

Não realização

Sentimentos de arrependimento

Significado do Sofrimento

Enquanto experiência difícil de lidar

Sentido do Sofrimento

Ausência de sentido

Transformações /Experiências negativas do Sofrimento

Ao nível da capacidade de fazer projetos para o futuro

Ao nível da capacidade de usufruir do presente

Renitência ou perda da crença numa dimensão espiritual ou transcendente

Capacidade de suportar o sofrimento comparativamente ao que se presumia ser capaz antes do adoecer corporal

Inferior

Necessidades relacionadas com a doença

De melhoria da situação clínica/ tratamento curativo

De ser cuidado por pessoas com capacidades comunicativas e afetivas, com compaixão e sensibilidade

De informação médica, de receber respostas adequadas e honestas a todas as suas perguntas e de uma explicação atenta e competente acerca da sua doença

Necessidades Sócio-familiares e culturais

De regresso à terra natal ou permanência no domicílio

De resolução de assuntos pendentes (completar assuntos, resolver conflitos, poder despedir-se, expressão de amor)

De morrer acompanhado

Necessidades Espirituais/Existenciais

De realização (de concretização de expectativas/Projetos)

De alongamento do tempo de vida, para “estar no mundo” e viver

Necessidades Psicológicas e Emocionais

De escuta/comunicação/expressão de emoções

Estratégias de coping focadas na emoção – dimensão evitamento, perante o diagnóstico (etapas iniciais da situação de doença)

Minimização

Estratégias de coping focadas no Problema, perante o diagnóstico – etapas iniciais da situação de doença

Espírito de luta/combativo

Estratégias de coping focadas na emoção – dimensão evitamento, face à evolução da doença (situação de doença terminal)

Evitamento cognitivo

Minimização

Conflitos existenciais

- Perda de controlo/posse da vida

Vazio Existencial (Assume-se no sentimento de não realização, sensação de falta de significado na vida e questionamento do sistema de crenças/fé religiosa).

Medo Existencial (Decorrente dos vários medos supracitados).

ESCALAS:

Escala de Esperança de Herth: score 16

Escala de avaliação da Espiritualidade em contexto de saúde: score 6

- Dimensão vertical “crenças”: Score 1

- Dimensão Horizontal “Esperança/Otimismo”: score 1,3

Inventário de Experiências subjetivas de Sofrimento na Doença (Dimensão do Sofrimento Espiritual/Existencial): score 73

Sr. M. E.

Perdas

Perdas a nível Biofísico: sensação de bem-estar físico (desconforto) e boa saúde; das capacidades físicas ou funções corporais/biológicas (locomoção, alterações do ciclo vigília-sono, etc.); Da autonomia/atividade/independência/liberdade

Perdas a nível Emocional e Psicológico: do bem-estar psicológico e emocional; da autoestima/autoconceito/identidade; da autoimagem/imagem corporal/sentimento de completude ou integridade

Perdas a nível social: dos papéis quotidianos (papéis domésticos)

Perdas a nível Espiritual: de sonhos, habilidade de fazer planos e de realizar projetos; sentimento de esperança; do significado/Sentido; do rumo

Perdas a nível intelectual: do funcionamento cognitivo (atenção, concentração, memória)

Representações ou perspetivas a respeito da morte

Morte como o pior dos acontecimentos da existência

Medos

Medo da morte/ de morrer

Medo de ser um peso/"fardo" para os outros

Medo de perder a autonomia\independência

Medo do sofrimento e da dor

Medo do futuro / da adaptação às futuras mudanças

Medo da perda de capacidades mentais/ comunicacionais

Medo da morte / de morrer

Medo de morrer sozinho

Medo de uma morte lenta

Medo de uma morte dolorosa

Medo da mutilação/ decomposição corporal

Medo de quando ocorrerá a morte

Preocupações

Relacionadas com aspetos financeiros

Significado da Vida

Como sendo dura/difícil/golpe

Sentido da vida

Ausência de sentido/sentido de vida comprometido

Modalidade de Sofrimento Psicológico

Tristeza/infelicidade

Preocupações/medos

Choro

Frustração

Perda de bem-estar psicológico e emocional

Desânimo

Culpa (real ou imaginada)

Défice de atenção/concentração/memória

Modalidade do Sofrimento Relacional

Preocupações/medos relacionados com o meio social (família e amigos)

Preocupações financeiras/económicas

Sentimento/Medo de ser um peso para os outros

Modalidade do sofrimento físico

Sintomas mal controlados

Perda de energia

Modalidade do Sofrimento Existencial/Espiritual

Sentimentos de impotência e desesperança

Perda do sentido/vida sem sentido

Modificações das expectativas e de planos futuros

Sentimentos de arrependimento

Não realização

Significado do Sofrimento

Enquanto obstáculo à realização pessoal/luta entre o que se deseja e o que se pode

Sentido do Sofrimento

Ausência de sentido

Transformações /Experiências negativas do Sofrimento

Ao nível do self (na relação consigo próprio e com os outros)

Ao nível da capacidade de fazer projetos para o futuro

Na forma de pensar

Ao nível da capacidade de usufruir do presente

Capacidade de suportar o sofrimento comparativamente ao que se presumia ser capaz antes do adoecer corporal

Inferior

Necessidades relacionadas com a doença

De melhoria da qualidade de vida

Da família ser alvo de atenção e sensibilidade por parte dos técnicos de saúde

Necessidades Sócio-familiares e culturais

De resolução de assuntos pendentes (completar assuntos, resolver conflitos, poder despedir-se, expressão de amor)

De morrer acompanhado

Necessidades Espirituais/Existenciais

De encontrar respostas para as interrogações acerca do significado e sentido

De conforto religioso/ de aprofundar a relação com Deus

De realização (de concretização de expectativas/Projetos)

De alongamento do tempo de vida, para “estar no mundo” e viver

Necessidades Psicológicas e Emocionais

De escuta/comunicação/expressão de emoções

Necessidades de carácter Prático/Material

De apoio financeiro

Estratégias de coping focadas na Emoção – Dimensão aproximação, perante o diagnóstico (etapas iniciais da situação de doença)

Procura de suporte social

Estratégias de coping focadas no Problema, perante o diagnóstico – etapas iniciais da situação de doença

Espírito de luta/combativo

Estratégias de coping focadas na emoção – dimensão aproximação, face à evolução da doença (situação de doença terminal)

Descarga Emocional/Catarse

Estratégias de coping focadas na emoção – dimensão evitamento, face à evolução da doença (situação de doença terminal)

Regulação afetiva/controlo emocional

Estratégias de coping focadas no Problema, face à evolução da doença (situação de doença terminal)

Espírito de luta

Conflitos existenciais

- Perda de controlo/posse da vida
- Desejo de viver/morte como inevitável
- Liberdade de escolha/responsabilidade da decisão
- Necessidade de pertença/isolamento

Ambivalência Existencial (Desejo de viver *versus* Desejo de morrer para fazer face ao sofrimento).

Isolamento Existencial (Falta de suporte social e sentimento de que o que está a vivenciar é incompreensível para todos os outros, o que o faz sentir-se totalmente sozinho)

Vazio Existencial (apresenta-se na falta de objetivos na vida, sentimento de não realização, sensação de falta de significado na vida e perda de fé).

Medo Existencial (Decorrente de todos os medos previamente enunciados)

ESCALAS:

Escala de Esperança de Herth: score 13

Escala de avaliação da Espiritualidade em contexto de saúde: score 11

- Dimensão vertical “crenças”: Score 3

- Dimensão Horizontal “Esperança/Otimismo”: score 1,3

Inventário de Experiências subjetivas de Sofrimento na Doença (Dimensão do Sofrimento Espiritual/Existencial): score 70

Sr. M. G.

Perdas

Perdas a nível Biofísico: sensação de bem-estar físico (desconforto) e boa saúde.

Perdas a nível Emocional e Psicológico: do bem-estar psicológico e emocional; da autoestima/autoconceito/identidade

Perdas a nível social: da vida convivial (amigos); das atividades de lazer/ocupação de tempos livres; dos papéis quotidianos (papéis domésticos)

Perdas a nível Espiritual: de sonhos, habilidade de fazer planos e de realizar projetos; sentimento de esperança; do rumo

Representações ou perspetivas a respeito da morte

Morte como separação

Medos

Medo da morte/ de morrer

Medo de perder a autonomia/independência

Medo do sofrimento e da dor

Medo do futuro / da adaptação às futuras mudanças

Medo da morte / de morrer

Medo de morrer com assuntos inacabados

Medo de uma morte dolorosa

Medo de perder as coisas boas da vida

Medo da morte prematura

Significado da Vida

Como sendo/tendo sido positiva ou prazerosa

Sentido da vida

Pelos afetos/vivência das relações humanas

Pela autoatualização/objetivos cumpridos

Modalidade de Sofrimento Psicológico

Tristeza/infelicidade

Preocupações/medos

Sentimentos de incerteza

Perda de bem-estar psicológico e emocional

Irritabilidade

Modalidade do Sofrimento Relacional

Preocupações/medos relacionados com o meio social (família e amigos)

Sentimento/Medo de ser um peso para os outros

Perda de papéis/atividades sociais

Modalidade do sofrimento físico

Perda de energia

Modalidade do Sofrimento Existencial/Espiritual

Modificação das expectativas e de planos futuros

Finitude da vida

Não confiança na transcendência

Significado do Sofrimento

Enquanto experiência de distress/ que envolve sentimentos de desprazer

Sentido do Sofrimento

Ausência de sentido

Transformações /Experiências negativas do Sofrimento

Ao nível da capacidade de fazer projetos para o futuro

Na forma de pensar

Ao nível da capacidade de usufruir do presente

Capacidade de suportar o sofrimento comparativamente ao que se presumia ser capaz antes do adoecer corporal

Inferior

Necessidades relacionadas com a doença

De melhoria da qualidade de vida

Necessidades Sócio-familiares e culturais

De convívio, acompanhamento ou apoio por parte dos familiares e/ou amigos

De ocupação

Necessidades Espirituais/Existenciais

De realização (de concretização de expectativas/Projetos)

De alongamento do tempo de vida, para “estar no mundo” e viver

Necessidades Psicológicas e Emocionais

De escuta/comunicação/expressão de emoções

De controlo das emoções

Estratégias de coping focadas na Emoção – Dimensão aproximação, perante o diagnóstico (etapas iniciais da situação de doença)

Esperança/otimismo

Estratégias de coping focadas no Problema, perante o diagnóstico – etapas iniciais da situação de doença

Espírito de luta/combativo

Estratégias de coping focadas na emoção – dimensão evitamento, face à evolução da doença (situação de doença terminal)

Evitamento cognitivo

Distração

Estratégias de coping focadas no Problema, face à evolução da doença (situação de doença terminal)

Procura de suporte instrumental

Conflitos existenciais

- Perda de controlo/posse da vida

Medo Existencial (Decorrente dos vários medos enunciados)

ESCALAS:

Escala de Esperança de Herth: score 12

Escala de avaliação da Espiritualidade em contexto de saúde: score 5

- Dimensão vertical “crenças”: Score 1

- Dimensão Horizontal “Esperança/Otimismo”: score 1

Inventário de Experiências subjetivas de Sofrimento na Doença (Dimensão do Sofrimento Espiritual/Existencial): score 74

Sr.ª F. A.

Perdas

Perdas a nível Emocional e Psicológico: do bem-estar psicológico e emocional

Perdas a nível social: da confiança nos médicos; das atividades de lazer/ocupação de tempos livres; dos papéis quotidianos (papéis domésticos)

Perdas a nível Espiritual: de sonhos, habilidade de fazer planos e de realizar projetos; sentimento de esperança

Representações ou perspetivas a respeito da morte

Morte enquanto antítese da vida

Medos

Medo da morte/ de morrer

Medo do sofrimento e da dor

Medo do futuro / da adaptação às futuras mudanças

Medo da perda de capacidades mentais/comunicacionais

Medo da morte / de morrer

Medo de morrer com assuntos inacabados

Medo de uma morte dolorosa

Medo da mutilação/decomposição corporal

Medo de perder as coisas boas da vida

Significado da Vida

Como sendo breve

Sentido da vida

Pelo altruísmo

Modalidade de Sofrimento Psicológico

Preocupações/medos

Raiva/Revolta

Frustração

Perda de bem-estar psicológico e emocional

Vulnerabilidade/Fragilidade

Desânimo

Modalidade do Sofrimento Relacional

Isolamento sócio-relacional e comunitário/ Falta de suporte

Solidão

Assuntos pendentes

Modalidade do sofrimento físico

Dor

Modalidade do Sofrimento Existencial/Espiritual

Sentimentos de impotência e desesperança

Modificações das expectativas e de planos futuros

Perda de Rumo

Não realização

Significado do Sofrimento

Alicerçado na iminência da morte

Sentido do Sofrimento

Perda de sentido/Sentido comprometido (sentido anterior: enquanto experiência positiva para valorizar objetivo alcançado)

Transformações /Experiências negativas do Sofrimento

Ao nível da capacidade de fazer projetos para o futuro

Ao nível da capacidade de usufruir do presente

Capacidade de suportar o sofrimento comparativamente ao que se presumia ser capaz antes do adoecer corporal

Inferior

Necessidades relacionadas com a doença

De melhoria da qualidade de vida

Necessidades Sócio-familiares e culturais

De resolução de assuntos pendentes (completar assuntos, resolver conflitos, poder despedir-se, expressão de amor)

De morrer acompanhado

Necessidades Espirituais/Existenciais

De encontrar respostas para as interrogações acerca do significado e sentido

De conforto religioso/ de aprofundar a relação com Deus

De pedir perdão a Deus

De realização (de concretização de expectativas/Projetos)

Necessidades Psicológicas e Emocionais

De escuta/comunicação/expressão de emoções

De orientação

Estratégias de coping focadas na Emoção – Dimensão evitamento, perante o diagnóstico (etapas iniciais da situação de doença)

Minimização

Estratégias de coping focadas no Problema, perante o diagnóstico – etapas iniciais da situação de doença

Espírito de luta/combativo

Estratégias de coping focadas na emoção – dimensão aproximação, face à evolução da doença (situação de doença terminal)

Descarga Emocional/Catarse

Espiritualidade

Estratégias de coping focadas na emoção – dimensão evitamento, face à evolução da doença (situação de doença terminal)

Retraimento social

Estratégias de coping focadas no Problema, face à evolução da doença (situação de doença terminal)

Espírito de luta

Conflitos existenciais

- Perda de controlo/posse da vida
- Desejo de viver/inevitabilidade da morte
- Liberdade de escolha/responsabilidade da decisão
- Necessidade de pertença/isolamento

Ambivalência Existencial (Desejo de viver *versus* Desejo de morrer para pôr fim ao sofrimento).

Isolamento Existencial (Isolamento que advém de sentir que a sua experiência de sofrimento não poderá ser totalmente entendida e acolhida por ninguém)

Vazio Existencial (manifesta-se pela falta de objetivos na vida, sentimento de não realização, sensação de falta de significado na vida).

Medo Existencial (decorrente de todos os medos já enunciados).

ESCALAS:

Escala de Esperança de Herth: score 13

Escala de avaliação da Espiritualidade em contexto de saúde: score 10

- Dimensão vertical “crenças”: Score 3,5

- Dimensão Horizontal “Esperança/Otimismo”: score 1

Inventário de Experiências subjetivas de Sofrimento na Doença (Dimensão do Sofrimento Espiritual/Existencial): score 62

Anexos

Anexo 1- Autorização da Direção de Enfermagem



Exma. Senhora
Enfermeira
Tânia Margarida Martins Moreira
Gonçalves
Serviço de Cirurgia II

Assunto: Pedido de autorização para desenvolver o projeto de estágio na Unidade de Medicina Paliativa, no âmbito do Mestrado em Enfermagem área de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Vimos por este meio informar que se encontra autorizada a desenvolver o projeto de estágio intitulado "Intervenção de Enfermagem no Sofrimento Espiritual da Pessoa com Doença Oncológica em Fim de Vida", no âmbito do Mestrado em Enfermagem área de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, na Unidade de Medicina Paliativa, do Centro Hospitalar Lisboa Norte – Pólo HSM.

Os melhores cumprimentos,

CHLN-HSM, 30 de Dezembro de 2014

A Enfermeira Diretora

Catarina Bataça
Catarina Bataça

Enfermeira Directora

DIREÇÃO DE
ENFERMAGEM - GFIE

Av. Professor Egas Moniz
1649-035 LISBOA
Tel: 217 805 224 – Fax: 217 805 647
www.chln.pt
dse.gfie@chln.min-saude.pt

Alameda das Linhas de Torres, 117
1769-001 LISBOA
Tel: 217 548 000 – Fax: 217 548 215
www.chln.pt

Anexo 2 – Autorização para a utilização das Escalas

[Imprimir](#)

[Fechar](#)

De: **Cândida Pinto** (candidapinto@esenf.pt)
Enviada: sexta-feira, 21 de Novembro de 2014 14:46:59
Para: 'Tânia Moreira Gonçalves' (tania.mmmg@hotmail.com)

Tânia

Eu já lhe respondi a um pedido anterior, mas pressuponho que por qualquer motivo não recebeu.
Tem autorização para utilizar a referida escala no seu projeto. Caso necessite de uma autorização mais formal poderei mandar-lhe num documento em pdf.

Votos de sucesso académico

Com os melhores cumprimentos

Prof.^a Cândida Pinto
(RN, MSc, PhD)



Escola Superior de Enfermagem do Porto
Rua Dr. António Bernardino de Almeida
4200-072 Porto
Email esenf@esenf.pt
Telef +351 22 507 35 00
Fax +351 22 509 63 37
<http://portal.esenf.pt>

[Imprimir](#)

[Fechar](#)

De: **António Barbosa** (abarbosa@netcabo.pt)
Enviada: terça-feira, 18 de Novembro de 2014 17:58:11
Para: Tânia Moreira Gonçalves (tania.mmmg@hotmail.com)

Felicto-a pelo tema da investigação e tem toda a autorização para utilizar a escala referida
Bom trabalho
Com os mais afectuosos cumprimentos
António Barbosa

[Imprimir](#)

[Fechar](#)

De: **mgameiro** (mgameiro@esenfc.pt)
Enviada: quarta-feira, 19 de Novembro de 2014 15:29:58
Para: **tania.mmmg@hotmail.com**

Cara enfermeira Tânia Moreira Gonçalves
Serve este meio para, por sua solicitação, autorizar a aplicação do
Inventário de Experiências Subjetivas de Sofrimento na Doença (IESSD, da
autoria de Teresa McIntyre e Manuel Gameiro, no âmbito do seu projeto
"Intervenção de Enfermagem no Sofrimento Espiritual da Pessoa com Doença
Oncológica em Fim de Vida", a desenvolver durante o Mestrado em Enfermagem:
área de especialização Enfermagem de saúde Mental e Psiquiatria na Escola
Superior de Enfermagem de Lisboa.
Com os meus melhores cumprimentos e votos de sucesso académico.
Manuel Gameiro
Prof. Coordenador da ESEnfC